

**IL BINGE EATING DISORDER.
IPOTESI NOSOGRAFICHE IN VISTA DEL DSM-V E APPROCCIO
TERAPEUTICO: EVOLUZIONE DELLA CBT NELLA CBT-A
(TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE FOCALIZZATA
SULL'APPETITO)**

Tesi di Specializzazione in Psicoterapia

Di

Sara Riccitelli

**IL BINGE EATING DISORDER.
IPOTESI NOSOGRAFICHE IN VISTA DEL DSM-V E APPROCCIO TERAPEUTICO:
EVOLUZIONE DELLA CBT NELLA CBT-A
(TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE FOCALIZZATA SULL'APPETITO)**

Indice	pag. 1
Introduzione	pag. 3
Parte I - Le caratteristiche psicopatologiche del Binge Eating Disorder e le prospettive sulla sua definizione nosografica, in vista del prossimo DSM-V.	pag. 5
1- I criteri diagnostici	pag. 5
2- Le caratteristiche dell'abbuffata	pag. 6
3- Epidemiologia	pag. 7
4- Il Binge Eating Disorder è una diagnosi valida? Implicazioni per la sua inclusione all'interno del DSM-V.	pag. 8
5- Distinzione tra Binge Eating Disorder e Bulimia Nervosa	pag. 12
6- Distinzione tra Binge Eating Disorder e Obesità	pag. 14
7- Comorbidità psichiatrica e complicanze mediche	pag. 15
8- Eziopatogenesi: il modello Cognitivo-Comportamentale	pag. 16
Parte II – Il trattamento del Binge Eating Disorder.	pag. 19
1- Panoramica dei principali approcci terapeutici per il Binge Eating Disorder.	pag. 19
1.1- L'approccio dietologico	pag. 19
1.2- L'approccio farmacologico	pag. 20
1.3- L'approccio chirurgico	pag. 20
1.4- L'approccio comportamentale finalizzato alla perdita di peso (BWT)	pag. 20
1.5- La psicoterapia interpersonale (IPT)	pag. 21
1.6- La Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)	pag. 21
1.7- La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT)	pag. 22
2- La Terapia Cognitivo-Comportamentale e la sua evoluzione nella Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sull'Appetito (CBT-A)	pag. 22

2.1 -	Gli strumenti terapeutici della CBT standard	pag. 22
2.1.1 -	Il diario emozionale	pag. 23
2.1.2 -	La ristrutturazione cognitiva	pag. 24
2.1.3 -	Il diario alimentare	pag. 24
2.2 -	Supporto empirico alla CBT	pag. 25
2.3 -	La Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sull'Appetito (CBT-A).	pag. 26
	Conclusioni	pag. 29
	Bibliografia	pag. 30

Introduzione

L'espressione "binge eating" fu coniata dal Dr. Albert Stunkard dell'Università della Pennsylvania già nel 1959 e viene interpretata in italiano con il concetto di "abbuffata compulsiva", anche se letteralmente significa "cedere alla tentazione di mangiare" (Tronci, 2008). Nacque in seguito all'osservazione di Stunkard rispetto al comportamento alimentare di alcuni suoi pazienti con Obesità, che presentavano episodi nei quali in breve tempo riuscivano ad assumere grandi quantità di cibo, riferendo successivamente la presenza di una sensazione di perdita del controllo, quasi non si rendessero conto di ciò che stava loro accadendo (Todisco, Vinai, 2008).

Todisco e Vinai (2008) nel loro manuale riportano le parole di un paziente di Stunkard, come testimonianza di quanto tale comportamento condizioni la vita di chi ne è "vittima":

".....I didn't enjoy it at all. It just happened, It's like a part of me just blacked out. And when that happened there was nothing there except the food and me, all alone.....until my gut ached." (Stunkard, Eating patterns and Obesity, 1959).

Verso la seconda metà degli anni Ottanta gli studi sulla presenza della Bulimia Nervosa cominciarono a mettere in evidenza che un quarto dei soggetti in cura per problemi di Obesità presentava abbuffate compulsive, ma che pochi rispondevano ai criteri per la BN e che in generale la maggioranza dei soggetti con episodi di abbuffata non rispondeva ai criteri per la BN.

Con l'emergere di tali risultati, il Dr. Robert Spitzer della Columbia University cominciò ad ipotizzare che questi soggetti avessero un loro proprio disturbo, distinto dalla Bulimia Nervosa (C. Fairburn, 2011).

L'espressione originale "binge eating" fu quindi successivamente estesa al fine di definire un nuovo disturbo: il Binge Eating Disorder (BED), in italiano Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), il cui comportamento principale si distingue appunto per la presenza di episodi ricorrenti di abbuffate, che non si verificano quindi in corso di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, caratterizzate da una percezione di perdita del controllo, che rappresenta il nucleo psicopatologico principale di tale sindrome. Come notato da Stunkard, questa modalità psicologica e comportamentale si riscontra prevalentemente tra i soggetti sovrappeso o obesi; con l'introduzione della categoria diagnostica del BED tale gruppo definito di soggetti in eccesso ponderale ha così guadagnato una sua dignità psicopatologica (Ricca, Castellini, Faravelli, 2009).

Nonostante questo, il Binge Eating Disorder non sembra aver ancora ottenuto una collocazione nosografica definitiva e accettata da tutta la comunità scientifica. Le ricerche attuali evidenziano come sia ritenuto da alcuni ricercatori una patologia a sé stante, da altri una variante della Bulimia Nervosa (BN), da altri ancora uno stile alimentare che predispone all'obesità (Vinai, Todisco, 2007).

La discussione, tuttora in corso anche in vista di un possibile inserimento della diagnosi di BED all'interno del DSM V, rispetto alla validità clinica di tale sindrome e alla sua definizione nosografica iniziò già nel 1994, anno in cui il BED apparì per la prima volta nella quarta edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), inserito in Appendice B, come disturbo i cui criteri diagnostici richiedono ulteriori studi e approfondimenti (Wilfley, Wilson, Agras, 2003).

Appare tra i Disturbi dell'Alimentazione che non soddisfano i criteri di nessun disturbo specifico e che vengono quindi classificati come "Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati" (NAS). Anche nell'ICD-10 è stato codificato all'interno della categoria "Disturbi Alimentari, Non Specificati" (F50.9).

Rispetto al trattamento del BED, negli anni sono stati sperimentati diversi approcci terapeutici, ognuno dei quali ha dimostrato vantaggi e limiti (Todisco, Vinai, 2008). Gli approcci finora maggiormente testati sono quello dietologico, quello comportamentale finalizzato alla perdita di peso (BWT), quello farmacologico, quello chirurgico e quello psicologico, all'interno del quale si distinguono principalmente la Psicoterapia

Cognitivo-Comportamentale (CBT), la Psicoterapia Dialettico-Comportamentale e la Psicoterapia Interpersonale (IPT).

I risultati degli studi finora effettuati non hanno ancora dimostrato un approccio in grado di raggiungere tutti gli obiettivi previsti dal trattamento del BED: l'astinenza dalle abbuffate, la perdita di peso, la preoccupazione per il cibo e per il peso, la riduzione dell'ansia e della depressione associate e la modificazione di caratteristiche psicologiche. L'obiettivo più difficile da raggiungere sembra essere rappresentato dalla perdita di peso (Todisco, Vinai, 2008).

Tra i diversi approcci, la CBT viene riconosciuta da molti clinici e ricercatori (NICE, 2004; APA, 2006) il trattamento di prima scelta per il BED, anche se gli effetti sulla perdita di peso sono ancora limitati. Sembra comunque che i soggetti che mantengono l'astinenza dalle abbuffate abbiano maggiore probabilità di mantenere a distanza di 12-18 mesi il decremento ponderale ottenuto (Wonderlich et al., 2003).

Nel tentativo di incrementare l'efficacia della CBT alcuni autori hanno ampliato tale approccio terapeutico ideando un protocollo mirato al riconoscimento del sistema dell'appetito, elemento a cui viene assegnato un ruolo preponderante nello sviluppo e nel mantenimento della presenza dell'abbuffata nel BED, come nella BN (Craighead, Allen, 1995), da cui fu successivamente sviluppata la Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sull'Appetito (CBT-A) (Latner et al., 2007).

Il presente lavoro è suddiviso in due parti: la prima si focalizza sulla descrizione delle principali caratteristiche del BED e sull'attuale discussione rispetto alla sua definizione nosografica, in vista di un possibile suo inserimento all'interno del prossimo DSM-V; la seconda parte è incentrata sulle modalità di trattamento di tale disturbo, con una particolare attenzione alla descrizione della CBT e al suo successivo sviluppo nella CBT-A.

Parte 1 – Le caratteristiche psicopatologiche del Binge Eating Disorder e le prospettive sulla sua definizione nosografica, in vista del prossimo DSM-V.

1 – I criteri diagnostici

In base alla definizione risalente agli anni Novanta e rimasta stabile da allora, il Binge Eating Disorder è caratterizzato da “...episodi ricorrenti di alimentazione impulsiva, associata con indicatori soggettivi e comportamentali di riduzione del controllo e di disagio significativo concernenti l'alimentazione impulsiva, e in assenza dell'uso regolare dei comportamenti compensatori inappropriati...” (APA, 2000). Tale definizione non è ancora universalmente accettata ed è oggetto di dibattito tra i ricercatori e i clinici (Vinai, Todisco, 2007).

Riassumendo i criteri diagnostici della quarta edizione del DSM-IV (riportati in seguito per esteso), nello specifico il BED viene definito con la presenza di frequenti episodi di abbuffata, caratterizzati dalla consumazione di una grande quantità di cibo in un breve periodo di tempo, in aggiunta alla sensazione di perdita di controllo sull'atto del mangiare.

Le persone affette da BED sperimentano una forte sofferenza rispetto alle loro abbuffate, le quali sono associate ad almeno tre dei seguenti punti:

- mangiare più rapidamente del normale;
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente gonfi;
- mangiare grandi quantità di cibo, pur non essendo affamati;
- mangiare in solitudine a causa del senso di vergogna;
- provare disgusto, depressione o senso di colpa per il proprio comportamento.

Il BED si presenta in associazione con altri disturbi del comportamento alimentare, ma anche con ulteriori disturbi psichiatrici coesistenti, con problemi di salute e con l'obesità (Johnson, Spitzer, Williams, 2001). Nonostante sia un disturbo altamente prevalente tra i soggetti obesi, va specificato che “binge eating disorder” non è sinonimo di obesità: possono essere considerati BED anche soggetti normopeso o in sovrappeso che hanno un comportamento alimentare tale da giustificarne la diagnosi (Todisco, Vinai, 2008). Riassumendo, chi soffre di BED quindi si abbuffa ripetutamente, ma non ricorre alle misure estreme di controllo del peso corporeo usate da chi soffre di BN.

Criteri diagnostici del disturbo da alimentazione incontrollata (DSM-IV-TR; APA 2000)
<p>A. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es. entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;2) Sensazione di perdita del controllo nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando). <p>B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mangiare molto più rapidamente del normale;2) Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;3) Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;4) Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;5) Sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.

- C. E' presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato.
- D. Il comportamento alimentare si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.
- E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

2 - Le caratteristiche dell'abbuffata

L'abbuffata rappresenta la caratteristica principale del BED, ma non tutti coloro che eccedono nel cibo sono da considerare "binge eaters" (Todisco, Vinai, 2008).

Per abbuffata si intende l'assunzione in un tempo limitato di una quantità di cibo significativamente superiore a quella assunta nello stesso tempo e nella medesima situazione dalla maggiorparte delle persone non affette da un disturbo dell'alimentazione (APA, 2000).

Va messo in evidenza però l'aspetto più importante dell'abbuffata che determina la presenza del BED: non è tanto l'eccesso nel mangiare, quanto il vissuto di perdita di controllo, "la difficoltà a controllare l'impulso ad alimentarsi, la sensazione dolorosa di fare qualcosa che non si vorrebbe fare ma che non si riesce ad evitare; tale caratteristica è ancora più rilevante del dato quantitativo e oggettivo dell'eccesso nella quantità di cibo ed aiuta a distinguere l'abbuffata compulsiva dall'alimentazione quotidiana eccessiva" (Fairburn, 2011). Todisco e Vinai riportano l'esempio della persona che si ritrova a mangiare generalmente da sola grandi quantità di cibi salati e dolci (sacchetti di biscotti, di patatine, confezioni di merendine, ...) senza rendersene completamente conto.

Vanno inoltre distinti gli episodi di abbuffata oggettiva, che prevedono il consumo di una grande quantità di cibo, dagli episodi di abbuffata soggettiva, che implicano il consumo di una piccola o moderata quantità di cibo, entrambi comunque accompagnati dalla sensazione di perdita di controllo (Fairburn, Cooper, 1993).

Fairburn, nel suo manuale "Come vincere le abbuffate" (2011), riporta i risultati ottenuti negli anni Novanta da alcuni gruppi di ricerca (tra cui particolare rilievo viene dato al Laboratorio di Nutrizione Umana di Pittsburgh), che hanno cercato di studiare l'episodio dell'abbuffata compulsiva in laboratorio delineandone un quadro che racchiude tutti i principali elementi distintivi:

- *Sensazioni*: i primi momenti di un'abbuffata possono essere piacevoli ed è possibile apprezzare il gusto e la composizione del cibo; tali sensazioni vengono però in poco tempo sostituite dal disgusto e dal ribrezzo.
- *Velocità nel mangiare*: durante un'abbuffata le persone mangiano molto velocemente (il doppio di chi non presenta un disturbo del comportamento alimentare), riempiendosi la bocca di cibo in maniera quasi meccanica, masticandolo appena.
- *Agitazione*: qualcuno cammina continuamente mentre mangia, qualcuno sembra disperato, vinto da un desiderio irresistibile di cibo; questo può portare a prendere il cibo degli altri o anche a rubarlo dai negozi.
- *Stato alterato di coscienza*: le persone che vivono un episodio di abbuffata compulsiva riferiscono di sentirsi in "trance", di attuare il comportamento in modo automatico, come se non fossero loro ad abbuffarsi.
- *Segretezza*: le abbuffate il più delle volte avvengono in segreto, in quanto le persone si vergognano del loro comportamento e fanno di tutto per tenerlo nascosto (ad es. alcuni dopo un pasto normale tornano furtivamente a mangiare tutti gli avanzi, altri portano il cibo in camera o in bagno, ...).

- *Perdita di controllo*: alcune persone lo sentono molto prima di cominciare a mangiare, altre lo provano gradualmente dal momento in cui cominciano a mangiare, altre lo sentono all'improvviso, quando si rendono conto che hanno mangiato troppo, altre ancora riferiscono di non riuscire a smettere di mangiare una volta che hanno cominciato.

I fattori che possono dare inizio ad un'abbuffata sono svariati: sensazioni spiacevoli, il sentirsi grassi, l'aver guadagnato peso, la fame durante la dieta o il rompere una regola dietetica, la mancanza di programmi per la giornata, la solitudine, la tensione premestruale e l'aver bevuto alcolici (Abraham, Beumont 1982).

Tra le caratteristiche dell'abbuffata nel BED e nella BN esistono delle importanti distinzioni, che verranno delineate in modo più dettagliato in seguito.

3 - Epidemiologia

Il BED è un disturbo altamente prevalente tra i soggetti che richiedono un trattamento per lo stato di obesità, con una prevalenza che spazia tra il 15 e il 50% (Latner, Clyne, 2008). Inoltre, la presenza del BED sembra mostrare un aumento con il crescere del Body Mass Index (BMI), soprattutto nei soggetti con valori superiori a 40 (Ostuzzi, Luxardi, 2003).

La prevalenza del BED nella popolazione generale varia tra lo 0.7% e il 4.3%; le donne ne sono affette una volta e mezza in più rispetto agli uomini (Herpertz et al. 2011). E' presente in tutte le classi sociali, soprattutto tra quelle di livello socioeconomico più basso ed è equamente distribuito tra i gruppi etnici (Tronci, 2008).

Ritengo utile citare la recentissima review di F. Smink et al. (2012), nella quale vengono riportati alcuni dati rispetto alla prevalenza del BED valutata in campioni di popolazione di grandi dimensioni sia in Europa (Preti, 2009) che negli USA (Hudson et al, 2007; Swanson et al., 2011). In sei Paesi europei risulta essere dell'1,9% tra le donne e dello 0,3% tra gli uomini. Negli USA sembrano esserci livelli di prevalenza maggiori sia tra le donne (3,5%) che tra gli uomini (2%). Tale differenza è dovuta probabilmente al fatto che i ricercatori americani usarono un criterio di durata delle abbuffate di soli tre mesi, rispetto ai sei mesi richiesti dal DSM-IV per diagnosticare il disturbo.

Hudson e i colleghi inoltre esaminarono i dati provenienti da un campione non clinico per stimare di quanto potrà aumentare la prevalenza del BED in base ai nuovi criteri proposti per la quinta versione del DSM (DSM-V), che riguardano una minor frequenza settimanale (da due a una volta per settimana) e una minor durata minima delle abbuffate (da sei a tre mesi); partendo dai dati dello studio precedentemente nominato svolto negli USA trovarono che la prevalenza del BED aumenterà al 3,6% nelle donne e al 2,1% negli uomini.

Il decorso di tale sindrome è stato oggetto di un minor numero di ricerche rispetto all'Anoressia Nervosa e alla Bulimia Nervosa, ma la sua prognosi sembra migliore rispetto alle altre. Le percentuali di remissione nei pazienti ambulatoriali sottoposti a psicoterapia spaziano tra il 50 e l'80% (Herpertz et al., 2011).

Per valutare il tasso di mortalità tra i pazienti con BED, Keel e Brown (2010) rivisitarono sei studi che ne descrivono il decorso, con follow-up da un anno fino a dodici anni. Solo lo studio con il follow-up a dodici anni riportò il decesso di due pazienti, sui sessantotto ammessi al trattamento ospedaliero, fornendo così un dato sul tasso di mortalità del 2,9%. Tali dati però, provenienti da un campione di soggetti in condizione di ricovero, potrebbero non essere rappresentativi di tutti i pazienti con BED visti in altri contesti.

Come già detto in precedenza, il BED spesso è associato all'obesità; tale condizione sembra essere collegata ad un maggior rischio di mortalità, nonostante il reale effetto dell'obesità sulla mortalità sia difficile da quantificare (Ogden et al., 2007).

4 – Il Binge Eating Disorder è una diagnosi valida? Implicazioni per la sua inclusione all'interno del DSM-V.

Da quando il Binge Eating Disorder è stato introdotto nel DSM-IV tra le condizioni cliniche i cui criteri sono considerati provvisori e tali da richiedere ulteriori indagini (1994), sono state prodotte ricerche sempre più numerose nel tentativo di rispondere al quesito rispetto alla validità dei criteri diagnostici del BED e quindi di una sua specifica identità nosografica, ben distinta dagli altri Disturbi del Comportamento Alimentare. Tale interrogativo risulta tuttora molto diffuso tra clinici e ricercatori e continua ad alimentare la proliferazione e la diffusione di ulteriori studi sull'argomento, molti dei quali mirano all'identificazione di elementi potenzialmente utili alla valutazione della possibilità di un'inclusione del BED nel DSM-V come diagnosi a sé stante.

Ritengo utile citare a tal proposito un'importante review realizzata da Striegel-Moore e Franko (2008) con lo scopo di offrire degli utili spunti a questo dibattito. Nonostante alcune discordanze presenti nella letteratura e quindi il suggerimento di compiere ulteriori studi al fine di fare chiarezza sull'argomento, questi autori sembrano confermare con sufficiente certezza la validità e l'utilità clinica del BED e quindi la possibilità di una sua inclusione nel DSM-V come entità diagnostica specifica. In particolare, cercarono di dare risposta a cinque domande precise, che rappresentano i criteri delineati da Blashfield et al. (1990) in qualità di linee guida per decidere se inserire o meno un disturbo mentale nella quinta edizione del DSM: 1. Esiste un'ampia letteratura sul BED? 2. E' definito in modo chiaro e ci sono validi e affidabili strumenti di misurazione? 3. Può essere diagnosticato con affidabilità da diversi clinici? 4. Può essere differenziato dalle altre sindromi? 5. E' una sindrome valida?.

La risposta alla prima domanda fu affermativa, in quanto una ricerca effettuata nel 2007 attraverso il database PubMed offrì più di 1000 titoli riguardanti il BED. Rispetto alla seconda questione, conclusero che i criteri diagnostici per il BED delineati nel DSM-IV sono stati riconosciuti in modo piuttosto compatto tra i vari ricercatori, ad eccezione del criterio relativo alla durata, che nel DSM-V potrebbe diventare di tre mesi, invece che sei (Hudson et al., 2007); inoltre, negli anni sono stati sviluppati diversi strumenti psicometrici per la valutazione del BED, tra cui le prime interviste strutturate, la "Structured Clinical Interview for DSM-IV" (SCID-IV; Spitzer et al., 1992) e l' "Eating Disorder Examination" (EDE; Fairburn, Cooper, 1993), che hanno dimostrato buone proprietà psicometriche attraverso diversi studi (Grilo et al., 2001, Striegel-Moore et al., 2003). Nonostante il riscontro in letteratura di più risultati che supportano l'attendibilità dei criteri diagnostici provvisori del BED se applicati da più clinici, Striegel-Moore e Franko non riuscirono ad offrire una piena evidenza rispetto all'affidabilità diagnostica di questo disturbo, dimostrabile solo qualora esistessero due studi empirici svolti da gruppi diversi di ricercatori con un valore di accordo del Kappa di Cohen pari a 0.70 o più. Ruscirono invece a dare prova della specificità del BED rispetto alle sindromi ad esso simili: si diversifica infatti dalla Bulimia Nervosa nella presentazione clinica, nella comorbidità, nei correlati demografici e nella risposta al trattamento (Holm-Denoma et al., 2007), ancora nelle caratteristiche dell'abbuffata, quali l'introito calorico, le tipologie di cibo consumato e i livelli di restrizione alimentare (Wilfley et al., 2003); si distingue poi dall'Obesità per il maggiore introito calorico assunto durante le abbuffate e i normali pasti quotidiani, per una più rilevante patologia alimentare (Devlin, 2007; Yanovski, 2003) e più alte % di comorbidità psichiatrica, soprattutto con la depressione (Wilfley et al., 2000). Rispetto all'ultimo punto, gli autori sottolinearono come gli approcci empirici di classificazione individuano più volte una classe di persone con disturbo alimentare identificabile come BED; inoltre, esaminarono diversi indicatori di significatività clinica, tra cui l'alta % di prevalenza del BED, la chiara compromissione del funzionamento e la sofferenza dei soggetti che ne sono affetti, un elevato utilizzo dei servizi per la salute, la stabilità della sindrome, con una durata media di 14.4 anni, tra l'altro maggiore di quella dell'AN o della BN: tutti indicatori che sostengono e dimostrano il rilievo clinico di questa patologia alimentare.

Anche Wilfley et al. (2007), basandosi su una serie di dati che supportano la validità del BED in quanto diagnosi a sé stante, ritengono che dovrebbe essere inclusa nel DSM-V, ma concordano con Striegel-Moore e

Franco rispetto alla necessità di rivalutarne il criterio della durata e della frequenza. Diverse ricerche infatti rilevano una compromissione significativa anche in pazienti con durata e frequenza delle abbuffate inferiore a quella indicata dal criterio diagnostico (Mond et al., 2006), ad esempio lo stesso malessere psicologico, le stesse caratteristiche psicopatologiche o anche la stessa storia rispetto alla ricerca di un trattamento (Striegel-Moore et al., 2000); inoltre, sono emersi risultati significativi anche applicando un criterio di durata di tre mesi, invece che di sei (Hudson, 2007). Un recentissimo studio (Hudson, 2012) evidenziò che la modifica di questo criterio diagnostico provocherebbe solo un effetto minimo sulla prevalenza del BED.

Wifley et al., basandosi su alcuni dati rilevati (Mond et al., 2007), apportarono un'ulteriore precisazione rispetto alla potenziale utilità di sostituire nel DSM-V le cinque caratteristiche associate con il BED e il criterio "provare marcato disagio rispetto alle abbuffate" inserendo al loro posto il criterio "eccessiva influenza delle preoccupazioni per forma e peso corporeo", così da semplificare la diagnosi e portarla più in linea con le altre diagnosi di disturbo alimentare.

Latner e Clyne (2008) appoggiano questo suggerimento, ritenendo che sebbene il BED e la BN siano tra loro differenziabili rispetto alle peculiarità della psicopatologia alimentare e generale, entrambi i gruppi sperimentano un'eccessiva preoccupazione relativa alla forma e al peso corporeo, criterio attualmente richiesto per fare diagnosi di BN, ma non di BED. Essi riscontrarono come risultato di molti studi che soggetti con BED che sopravvalutano forma e peso corporeo nel valutare sé stessi presentano di conseguenza una psicopatologia più significativa e una peggiore qualità di vita rispetto a persone con BED che non effettuano questo tipo di valutazione (Masheb, Grilo, 2000). Pertanto, secondo questi autori tale caratteristica potrebbe essere inclusa nella quinta edizione del DSM in quanto criterio diagnostico del BED.

Anche Wonderlich et al. (2009) rivisitarono studi empirici di classificazione che cercano di sostenere l'identità specifica del BED nel confronto con gli altri disturbi del comportamento alimentare e ne trovarono numerose evidenze rispetto a svariate variabili, tra cui la frequenza dei ricoveri, la stabilità diagnostica, l'età d'esordio, la distribuzione di genere, il BMI, l'età d'esordio di diete e abbuffate, le caratteristiche delle abbuffate e la comorbidità psichiatrica.

Tre diverse ricerche riuscirono a distinguere una classe di soggetti con BED dai soggetti con BN: nel primo caso in un campione di gemelli (Bulik et al., 2000), nel secondo in un campione di 238 donne con abbuffate e comportamenti purgativi (Striegel-Moore et al., 2005) e nel terzo in un campione di 687 pazienti che chiedevano un trattamento per il disturbo alimentare (Eddy et al., 2009). Lo studio di Mitchell et al. (2007) invece riuscì a dimostrare la specificità del BED rispetto all'Obesità: questi autori attuarono un'analisi della struttura latente di soggetti che richiedevano un trattamento e ricevevano diagnosi di EDNOS, identificando due classi di persone obese, la prima con alti e la seconda con bassi livelli di psicopatologia alimentare.

Appare comunque meno chiara la distinzione tra queste due categorie diagnostiche.

Le differenze specifiche tra BED e BN e BED e Obesità verranno esposte più dettagliatamente in seguito.

Già citati precedentemente, Latner e Clyne (2008) realizzarono una review in cui viene discussa la validità dei criteri che definiscono un episodio di abbuffata, ottenendo a riguardo evidenze miste e sottolineando la necessità di ulteriori studi che utilizzino maggiormente campioni tratti dalla popolazione generale piuttosto che campioni di soggetti in cerca di trattamento.

Nel DSM-IV i criteri usati per definire gli episodi di abbuffata includono:

- il consumo di una grande quantità di cibo;
- la perdita del controllo;
- la breve durata dell'episodio.

Walsh e Boudreau (2003) osservarono attraverso studi di laboratorio che i soggetti con BED tipicamente consumano oltre 1000 calorie in un unico episodio.

Alcune ricerche dimostrarono che durante l'episodio di abbuffata i soggetti con BED consumano una maggiore quantità di cibo rispetto a soggetti con Obesità, equiparati per peso, ma senza BED (Greeno et al., 1999; Guss et al., 2002; Raymond, 2007). I "binge eaters" inoltre, rispetto ai soggetti di controllo dello stesso

peso, tendono a consumare una maggiore quantità di grassi attraverso dolci e altri spuntini (Yanovsky et al., 1992).

Anche la review di Wonderlich et al. (2009), esaminando gli studi di laboratorio sul comportamento alimentare di soggetti con abbuffate, illustra diverse evidenze riguardo ad un maggior consumo di calorie tra i soggetti con BED rispetto a soggetti equiparati per peso ma senza BED (Sisko et al., 2007; Galanti et al., 2007). Questo comportamento potrebbe essere correlato alla presenza di depressione (Telch, Agras, 1996), ma Geliebter et al. (2001) non riscontrarono una correlazione tra depressione e introito calorico.

Alcune ricerche dimostrarono che la quantità di cibo mangiata rappresenta un criterio importante per il soggetto BED nell'identificare un episodio alimentare come abbuffata ed è risultato che i "binge eaters" danno giudizi simili rispetto a quanto cibo dovrebbe costituirla (Greeno et al., 1999), anche se si è rilevato che tendono ad utilizzare una soglia soggettiva inferiore a quella oggettiva dei ricercatori rispetto alla quantità di cibo necessaria a definire l'episodio di abbuffata (Raymond et al., 2003).

In altri studi invece sembrava che i soggetti utilizzassero non tanto il criterio della "quantità di cibo", ma piuttosto la sensazione di perdita di controllo (Telch, Agras, 1996), o comunque che le due condizioni dovessero essere concomitanti (Johnson et al., 2003). Ulteriori risultati abbinarono all'elevata quantità di cibo anche il criterio della "breve durata dell'episodio" in quanto necessario affinché i soggetti valutino l'episodio alimentare come un'abbuffata (Johnson et al., 2003).

E' infine interessante notare che il consumo di grandi quantità di cibo può essere correlato a differenze fisiologiche tra soggetti con BED e soggetti obesi senza BED: i soggetti BED infatti sembrano mostrare una maggiore capacità gastrica (Geliebter et al., 1992; Geliebter, Hashim, 2001) e quindi un minore senso di sazietà in seguito all'assunzione di cibo (Sisko et al., 2007).

Questi studi di laboratorio possono offrire alcuni dei dati più efficaci a stabilire la validità nosografica del BED, ma presentano il problema della limitata validità ecologica dei loro risultati.

Gli studi realizzati con il metodo EMA (Ecological Momentary Assessment), quindi osservando i soggetti nel loro ambiente naturale e raccogliendo le informazioni in tempo reale, forniscono evidenze miste alla validità del BED, non riscontrando particolari differenze tra soggetti BED e non BED rispetto alle dimensioni, alla frequenza e all'introito calorico delle abbuffate, dimostrando però allo stesso tempo che i soggetti con BED sperimentano un più elevato malessere psicologico e una perdita di controllo precedente l'episodio di abbuffata (Greeno et al., 2000; Le Grange et al., 2001).

Rispetto al criterio "perdita di controllo", Cooper e Fairburn (2003) evidenziarono che il "binge eater" dovrebbe sperimentare "il senso di perdita di controllo nel corso dell'abbuffata, piuttosto che dedurlo al termine dell'episodio". Allo stesso tempo però, è chiaro che la valutazione rispetto alla mancanza di controllo è soggettiva del soggetto che sta mangiando e questo potrebbe rappresentare un limite per la convalida di tale criterio diagnostico.

In ogni caso, la maggior parte degli studi sulle caratteristiche che definiscono un episodio di abbuffata, supporta il criterio che prevede che il senso soggettivo di perdita di controllo sul cibo sia presente durante l'episodio. Striegel-Moore et al. (1998) confrontarono soggetti con e senza senso di perdita di controllo e riscontrarono nel primo gruppo maggiori livelli di malessere psicologico e preoccupazione per l'immagine corporea, ipotizzando conseguentemente che la perdita di controllo possa rappresentare la determinante del disagio psicologico più della quantità di cibo assunto. Johnson et al. (2003) fecero valutare ai partecipanti alla loro ricerca che cosa costituisce un'abbuffata, mostrandogli diverse registrazioni di episodi di sovralimentazione. I risultati offrono supporto a tutti e tre i criteri per l'abbuffata del DSM-IV, ma l'82% dei partecipanti con BED utilizzavano prevalentemente il criterio della perdita di controllo per definirla.

Va evidenziato comunque che la valutazione rispetto al senso di perdita del controllo potrebbe essere in parte influenzata dallo stato dell'umore (Guertin, Conger, 1999).

Alcuni studi validarono il criterio della frequenza degli episodi "binge" associandolo ad una maggiore psicopatologia, mentre venne sminuito da altre ricerche che rilevarono gli stessi livelli di disagio psicologico tra chi si abbuffa più o meno frequentemente. Striegel-Moore et al. (1998) ad esempio evidenziarono un

legame tra i soggetti che rispondono al criterio della frequenza per il BED e minore autostima, maggiore tristezza e disagio psicologico. Altre evidenze mostrano un'associazione tra una maggiore frequenza degli episodi di abbuffata, un più elevato BMI, una più rilevante presenza di disturbi della personalità (Picot, Lilenfeld, 2003) e ancora un maggiore desiderio di cibo, un utilizzo più consistente di pillole dimagranti e un più accentuato disturbo dell'immagine corporea (Mussell et al., 1996). Altri studi però riscontrarono che una diversa frequenza nell'abbuffata non determina differenze significative rispetto all'autostima, al livello di disadattamento sociale e di depressione (Crow et al., 2002); lo stesso vale per la storia della dieta e del peso e per il disturbo della percezione corporea (Striegel-Moore et al., 1998).

Nella review di Latner e Clyne vengono esaminati brevemente anche gli altri cinque criteri connessi alla diagnosi di BED: mangiare più rapidamente del normale, mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni, mangiare grandi quantità di cibo anche se non si ha fame, mangiare da soli a causa dell'imbarazzo, sentirsi disgustati, in colpa o depressi in seguito all'abbuffata.

Abbiamo già precedentemente parlato del supporto offerto al primo di questi cinque criteri dagli studi di Johnson et al. (2003; 2000); gli studi sulla capacità gastrica dei soggetti con BED, come accennato sopra, sembrano dimostrare che essi provino meno dolore addominale e tollerino meglio il senso di gonfiore, supportando quindi il criterio secondo cui un soggetto BED termina l'abbuffata solo una volta raggiunta una spiacevole sensazione di pienezza (Geliebter et al., 1992, 2001); in ogni caso tale sensazione può seguire l'episodio di abbuffata anche tra gli individui senza BED (Wentzlaff et al., 1995). Il criterio "mangiare grandi quantità di cibo anche se non si ha fame" è supportato da alcune ricerche che rilevarono carenze nell'appetito delle persone che agiscono le abbuffate; sembra che disturbi fisiologici legati alla sazietà riguardanti la colecistochinina, la grelina, il peptide YY e la distensione gastrica, spieghino le difficoltà di un soggetto con BED ad interrompere l'assunzione di cibo (Devlin et al., 1997; Geliebter et al., 2005; Monteleone et al., 2005). Nella clinica si riscontra spesso che i pazienti con BED agiscono gli episodi di abbuffata quando sono da soli, in segreto, ma poche ricerche dimostrano il legame di questo comportamento con la vergogna o l'imbarazzo; nella BN la vergogna viene associata ad un numero maggiore di episodi bulimici (Hayaki et al., 2002), mentre più in generale si è riscontrata nelle donne che tendono ad abbuffarsi solamente una maggiore fluttuazione delle emozioni negative, comprendenti colpa e vergogna.

Infine, nonostante l'associazione tra il BED e la presenza di una maggiore psicopatologia generale, tra cui in primo luogo la depressione (Striegel-Moore et al., 1998), validerebbe l'ultimo criterio che richiede di provare emozioni negative al termine dell'abbuffata, sono ancora molto vaghe le informazioni rispetto alla sequenza abbuffata-umore negativo (Latner, Clyne, 2008).

Per offrire ulteriore supporto alla validità del BED, altri lavori confrontarono i livelli di qualità di vita, di soddisfazione personale e di compromissione del funzionamento generale di soggetti con BED e gruppi di controllo, riscontrando una condizione peggiore in caso di BED in tutti e tre gli ambiti. Rilevarono che i pazienti obesi con BED riportavano livelli inferiori di qualità di vita rispetto ai pazienti obesi senza BED (Masheb, Grilo, 2004; Rieger et al., 2005) e mostravano un maggiore malessere psicologico (Kolotkin et al., 2004).

Studi sugli esiti medici a lungo termine del BED evidenziarono che questo disturbo alimentare, rispetto ai soggetti senza diagnosi psichiatrica, è associato con un maggior danneggiamento della salute, sintomi fisici più gravi e una più elevata % di diabete (JG. Johnson, 2001). Ricerche longitudinali dimostrarono che soggetti con abbuffate riportano livelli maggiori di insoddisfazione per la propria salute (Bulik et al., 2002), maggior rischio di insonnia, menarca precoce nelle donne e maggior rischio di dolore muscolare cronico (Reichborn-Kjennerud et al., 2004), un numero maggiore di visite mediche (Hudson, 2008) e un più consistente aumento di peso (Hasler et al., 2004).

Esistono diverse ricerche che per validare il BED come diagnosi ne hanno valutato l'utilità predittiva rispetto alla prognosi e all'esito del trattamento. Sia i primi che i più recenti studi sugli interventi di perdita peso risultano confusi e inconcludenti (Wonderlich et al., 2009); un'importante meta-analisi fornisce alcune chiare evidenze rispetto ad una moderata influenza del BED sulla perdita di peso: Blaine e Rodman (2007) misero a

confronto campioni di soggetti obesi con e senza BED individuati tra la letteratura, equiparati per taglia, % di donne del campione, età media e tipologia di trattamento effettuato, al fine di esaminare l'impatto del BED sulla perdita di peso e sulla diminuzione della depressione, rilevando che il campione di soggetti obesi con BED aveva perso molto meno peso e non riscontrando differenze rispetto alla riduzione della depressione. Un altro studio invece intensificò i dubbi rispetto alla specificità del trattamento, mostrando che i soggetti BED rispondano nel breve termine ad un'ampia gamma di terapie tanto quanto all'effetto placebo (Tanofsky-Kraff, Yanovsky, 2004). Al contrario, Todisco e Vinai (2008), nel sostenere il BED una patologia a sé stante, "con meccanismi di insorgenza e mantenimento differenti dagli altri disturbi dell'alimentazione e dall'Obesità", adducono come prova anche il fatto che il BED risponda solo parzialmente sia alla terapia della bulimia, che a quella dell'Obesità o della depressione.

Come si può notare dai risultati confusi e contrastanti riportati sopra, le ricerche sembrano offrire globalmente un supporto piuttosto moderato alla validità e all'utilità clinica del BED in quanto diagnosi a sé stante, richiedendo quindi ulteriori ricerche che contribuiscano a fornire validi suggerimenti rispetto alla decisione sulle sue modalità di inclusione nel DSM-V. Allo stesso tempo però, svariate evidenze rispetto alla netta distinzione tra il BED e gli altri disturbi del comportamento alimentare permettono a diversi autori di sbilanciarsi nell'appoggiare il rinnovamento della definizione del BED in quanto entità specifica e autonoma.

5 – Distinzione tra Binge Eating Disorder e Bulimia Nervosa

Risulta tuttora in corso il dibattito relativo alla distinzione tra questi due disturbi dell'alimentazione, che già da molti anni vengono considerati da alcuni autori manifestazioni di diversa gravità della stessa patologia alimentare caratterizzata dal sintomo dell'abbuffata (Fairburn et al., 2000).

Più spesso è la validità dell'autonomia nosografica del BED ad essere messa in discussione, soprattutto rispetto alla variante della BN definita "non purging type", in cui il paziente cerca di compensare l'abbuffata attraverso il digiuno e l'esercizio fisico (Ricca, Castellini, Faravelli, 2009).

A differenza dei pazienti bulimici, i soggetti con BED non ricorrono costantemente ai comportamenti compensatori quali vomito, lassativi/diuretici, eccessivo esercizio fisico, restrizione alimentare, digiuno o utilizzo di "pillole dimagranti", al fine di annullare subito l'effetto dell'abbuffata e riprendere così il controllo sul proprio peso; tale criterio risulta invece indispensabile per poter fare diagnosi di BN. Proprio per il fatto che le abbuffate nel caso dei soggetti BED non vengono concluse da un comportamento di compenso, tra i criteri diagnostici del DSM-IV si parla di "giorni" di abbuffata per il BED (con una durata minima di sei mesi), mentre di "episodi" nel caso della BN (con una durata minima di tre mesi).

Di conseguenza, una delle principali differenze tra le due categorie è la frequentissima presenza di eccesso ponderale nel BED, che può presentare un andamento del peso in costante e rapido aumento per via dell'assunzione elevata di cibo (Todisco, Vinai, 2008), una maggiore ciclicità del peso, un Body Mass Index (BMI) più elevato e maggiori percentuali di obesità (Latner, Clyne, 2008).

La presenza/assenza dei comportamenti di compenso rispettivamente nella BN e nel BED possono essere spiegate dalle diverse strutture di pensiero caratterizzanti le due tipologie di disturbo: mentre nella BN risulta costante e pervasiva l'attenzione verso il cibo e il peso, aspetti che influenzano in maniera globale la valutazione che un soggetto bulimico dà di sé stesso, nel BED il pensiero non è così fortemente centrato su tali preoccupazioni. Infatti, pur mettendosi spesso a dieta, i "binge eaters" la seguono per periodi limitati e senza risultati; inoltre, solo saltuariamente restringono l'introito calorico al di fuori degli episodi di abbuffata (Vinai, Todisco, 2007).

Nella BN, il soggetto, in seguito ad un'abbuffata, viene pervaso da un forte stato d'ansia che accresce l'estremo bisogno di riprendere il controllo sul proprio peso e quindi la messa in atto immediata di comportamenti di compenso. Per i soggetti con BED il peso sembra essere solo una spiacevole conseguenza delle abbuffate, a cui guardano con rassegnazione e sconforto, con un atteggiamento svalutante e di autocritica, rimuginando sui propri errori (Ricca, Castellini, Faravelli, 2009); solo qualche volta ricorrono al

vomito, per dare sollievo a un disagio fisico e alla dieta, per gestire l'aumento di peso. Sembrano essere più focalizzati sugli aspetti immediati dell'abbuffata (calo dell'ansia) che sulle conseguenze a lungo termine (aumento peso).

Mentre il soggetto bulimico è eccessivamente attento all'immagine corporea, al desiderio di controllo e non tollera l'incertezza, il "binge eater" combatte contro la difficoltà a gestire le emozioni e a controllare gli impulsi (Todisco, Vinai, 2008).

Latner e Clyne (2008) nella loro review sollevano il quesito rispetto a quanto sia davvero appropriato escludere la preoccupazione per la forma e per il peso corporeo dai criteri per la diagnosi di BED e citano a tal proposito molti studi, seppur non recentissimi, che supportano la tesi di una forte equivalenza tra BED e BN rispetto a tale caratteristica (Crow et al., 2002; Martin et al., 2000; Verveat et al., 2004; Dohm et al., 2002; Santonastaso et al., 1999), concludendo quindi che forma e peso corporeo influenzano molto anche l'auto-valutazione dei soggetti con BED e che per tale motivo la futura versione del DSM (il DSM-V) dovrebbe considerarne l'eventuale inclusione in quanto criterio diagnostico. Wilfley et al. (2000) invece, utilizzando nel loro studio l'intervista strutturata Eating Disorder Examination (*EDE*), riscontrano punteggi maggiori di preoccupazione per peso e forma e quindi un maggior comportamento restrittivo nei soggetti BN, sottolineando inoltre un minor desiderio di magrezza dei pazienti con BED e una loro maggiore tendenza ad agire le abbuffate in segretezza.

Dalle Grave (2010) mette in evidenza un altro criterio distintivo, cioè il fatto che nella BN è la condizione di restrizione calorica a condurre all'abbuffata, mentre nel BED questo non avviene, anzi i programmi dimagranti migliorano il tono dell'umore e riducono di conseguenza le abbuffate; sembra inoltre che comincino ancora prima della restrizione alimentare (Wilson et al., 1993).

Le abbuffate nel BED avvengono a causa della difficoltà nel controllare gli impulsi: alcuni autori ipotizzano che avvenga una sorta di fuga dalla consapevolezza, oppure una reazione di blocco emotivo e del pensiero di fronte ad emozioni ritenute intollerabili (Rosval et al., 2006).

Vinai e Todisco (2007) osservano inoltre una differenza rispetto allo stato d'animo vissuto nel corso dell'abbuffata. Per il soggetto con BED l'abbuffata è liberatoria e le iniziali sensazioni gratificanti solo in un secondo momento lasciano il posto a malessere fisico, spossatezza e un netto peggioramento del tono dell'umore (Wegner, 2002); nella BN sembra essere assente il senso di benessere, sostituito da una costante ansia per il peso, la quale raggiunge il suo picco al termine dell'episodio bulimico, che viene catastrofizzato e spinge all'immediata messa in atto di rimedi estremi.

I "binge eaters" infatti apprezzano l'odore, il gusto e la consistenza del cibo mentre si abbuffano (Mitchell, 1999), contrariamente ai pazienti con BN.

E' interessante inoltre il fatto che i soggetti con BED sembrano utilizzare diverse tipologie di alimenti, in varie quantità, a seconda dello stato emotivo del momento: salati, grassi o di consistenza corposa in caso di ansia (prevale l'elemento "quantità"); dolci e ricchi di cioccolato in caso di depressione (prevale l'elemento "qualità").

Il BED ha un'età di insorgenza più precoce rispetto alla BN ma, probabilmente a causa della sua cronicità, i soggetti BED risultano meno giovani di quelli con BN (Fichter, Quadflieg, 2007). Sembra invece simile la distribuzione tra i due sessi, mentre nella BN c'è una chiara predominanza del genere femminile (Striegel-Moore, Franko, 2006).

Infine, per quanto riguarda la comorbidità con altri disturbi, diversi studi sembrano dimostrare che non ci sono differenze significative tra il BED e la BN nei livelli di depressione concomitante, nella scarsa autostima, nel disadattamento sociale, nella storia dell'ospedalizzazione e in altri sintomi psichiatrici coesistenti (Crow et al., 2002; Martin et al., 2000; Vervaet, 2004; Barry et al., 2003; Tobin et al., 1997).

Nonostante questo, globalmente la Bulimia Nervosa sembrerebbe associata ad una più grave patologia alimentare del Binge Eating Disorder (Latner, Clyne, 2008).

6 – Distinzione tra Binge Eating Disorder e Obesità

Molti soggetti con diagnosi di Binge Eating Disorder presentano una condizione coesistente di Obesità e la prevalenza del BED risulta superiore tra i soggetti sovrappeso che tra la popolazione generale (Striegel-Moore, Franko, 2008; Faravelli et al., 2006); per tale motivo, esiste una grande associazione tra le due patologie. Latner e Clyne (2008) nella loro review riflettono sulla possibilità di includere l'Obesità tra i criteri diagnostici del BED, sostenendo che frequentemente il malessere e la psicopatologia del soggetto con BED sia dovuta alla condizione di Obesità.

Diversi studi hanno dimostrato però che le due psicopatologie presentano delle peculiarità distintive e che l'Obesità può essere considerata tutt'al più un importante fattore di rischio per lo sviluppo del BED (Fairburn et al., 1998).

Il "binge eater" ad esempio perde il controllo di fronte al cibo e presenta livelli di ansia più alti rispetto ad un soggetto obeso senza BED. Sembrano inoltre essere state rilevate differenze rispetto a molti fattori, presenti in modo più rilevante nei soggetti BED: ansia, attività di rimuginio, desiderio di perfezionismo e senso di autoefficacia (Vinai et al., 2006).

I soggetti obesi con BED quindi sembrano presentare una più severa patologia alimentare dei soggetti obesi senza BED. Mostrano maggiori livelli di preoccupazione per la forma e il peso corporeo ed una più elevata insoddisfazione corporea (Wilfley et al., 2003). Inoltre, durante le abbuffate rivelano un maggiore apporto calorico e più in generale abitudini alimentari più caotiche (Ricca, Castellini, Faravelli, 2009). Anche durante i pasti normali i soggetti con BED assumono quantità di cibo più elevate, dimostrando un diverso senso di fame e sazietà rispetto ai soggetti obesi senza BED (Sysko et al, 2007). Risulta inoltre maggiore nei BED la durata dei pasti (Goldfein et al., 1993).

JL Guss et al. (2002) trovarono che a maggiori dimensioni dell'abbuffata sono associati maggiori livelli di Obesità. Sembra però che sia la gravità dell'episodio di abbuffata a determinare il malessere del soggetto, non tanto il grado di Obesità. Uno studio molto datato di Gormally et al. (1982) dimostrò che più grave è l'abbuffata (misurata attraverso la Binge Eating Scale), più è probabile la presenza di depressione, malessere, scarsa autostima e problemi interpersonali.

Più recentemente, Grilo et al.(2005) misero a confronto 177 soggetti con BED e 45 soggetti sovrappeso, riscontrando tra i due gruppi alcune differenze fondamentali. Ad esempio, le persone con BED presentavano un numero più significativo di sintomi depressivi, una maggiore restrizione dietetica, preoccupazioni più rilevanti per alimentazione, forma e peso corporeo, livelli più elevati di fame e una più preoccupante psicopatologia alimentare, comprendente anche abbuffate oggettive misurate con l'intervista strutturata EDE. Dalle Grave (2010) conferma la presenza nel soggetto con BED di un maggiore malessere psicologico e una più elevata comorbidità psichiatrica, soprattutto con la Depressione, i Disturbi dell'Umore, i Disturbi d'Ansia e di Personalità, evidenziando una stretta associazione tra il peggioramento del tono dell'umore e l'aumento delle abbuffate. Sostiene però, contrariamente a Grilo et al, che nel BED i livelli di restrizione alimentare sono inferiori, in quanto il "binge eater" alterna periodi di dieta a lunghi periodi di abbuffate, con perdita di controllo sul cibo, durante i quali non è presente la restrizione alimentare.

Complessivamente, si può affermare che i soggetti con BED, rispetto ai soggetti con semplice Obesità, seppur dello stesso peso, presentano una più rilevante compromissione della propria qualità di vita, in ambito lavorativo, interpersonale e sessuale, con risvolti negativi sull'autostima (E. Rieger et al., 2005).

Nonostante le differenze tra Obesità e BED, sembra che i due gruppi rispondano in modo simile al trattamento mirato al sovrappeso. I due gruppi infatti, confrontati rispetto alla risposta ad un trattamento di tipo comportamentale, hanno mostrato lo stesso livello di perdita di peso, con una riduzione delle abbuffate nel gruppo dei soggetti con BED (MM. Gladis et al., 1998). Tale somiglianza è stata riscontrata anche in seguito ad un anno di trattamento di auto-aiuto, in quanto i "binge eaters" avevano perso tanto peso quanto i soggetti che non mettevano in atto episodi di abbuffata (SS. Delinsky et al., 2006).

Latner e Clyne (2008) evidenziano la necessità di effettuare degli studi con un più lungo periodo di follow-up per esaminare in modo più accurato gli effetti a lungo termine della perdita di peso sulle abbuffate.

7 - Comorbidità psichiatrica e complicanze mediche

Diversi studi hanno dimostrato che i soggetti obesi con BED presentano una maggiore sofferenza psicologica e comorbidità psichiatrica in Asse I e II rispetto ai soggetti obesi senza BED (Marcus, 1993; Marcus, 1995; Prather, Williamson, 1988; Yanovsky et al., 1993).

Sembra che la presenza del disturbo mentale in comorbidità con il BED sia correlato alla messa in atto delle abbuffate, piuttosto che al livello di obesità (Yanovsky et al., 1993; Telch, 1994).

I soggetti con BED presentano una prevalenza lifetime più elevata di altri problemi psichiatrici tra cui i Disturbi d'Ansia, in modo particolare il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Ricca et al., 1998) e la Fobia Sociale (Marcus et al., 1990), una più rilevante presenza di Attacchi di Panico (RA. Grucza et al., 2007), di Disturbi dell'Umore e di Personalità (Fitzgibbon, Kirshenbaum, 1990; Kolotkin et al., 1987), tra i quali una particolare frequenza del Disturbo Borderline di Personalità (14%) e del Disturbo di Personalità Evitante (Ricca et al., 1998).

I soggetti BED mostrano nella loro storia una presenza elevata di depressione, elemento che rappresenta la distinzione più marcata tra soggetti obesi con o senza BED (R. Dalle Grave, 2010). Uno studio riscontrò una presenza di depressione 12,9 volte più frequente tra i BED rispetto ai soggetti senza questo disturbo (Marcus, 1995). Nei BED, esiste una stretta associazione tra peggioramento del tono dell'umore e aumento delle abbuffate (Marcus et al., 1990); evidenze dimostrano che i pazienti obesi infatti tendono ad aumentare di peso quando vanno incontro ad un episodio di depressione maggiore (Polivy, Herman, 1976).

Un ulteriore dato riportato da Dalle Grave (2010) è che il 23% dei pazienti obesi con BED soddisfa i criteri diagnostici della Depressione Atipica (Marcus, 1995), caratterizzata dal mantenimento di una reattività dell'umore, dal mangiare e dormire in eccesso e da un affaticamento severo.

Infine, nei BED non sembrano esserci livelli più elevati di abuso d'alcool o altre sostanze stupefacenti, di disturbo ossessivo-compulsivo e di storie di abuso sessuale, a differenza di quanto osservato nella BN (Hudson et al., 1988; Marcus, 1995). Altri studi hanno però messo in evidenza che i soggetti obesi con BED, rispetto a quelli senza, hanno più frequenti storie di abuso fisico ed ottengono punteggi elevati nelle scale di valutazione dei sintomi dissociativi (Dalle Grave et al., 1996; dalle Grave et al., 1997), che restano comunque inferiori a quelli della BN (Dalle Grave et al., 1997).

Le complicanze mediche principali in questo tipo di disturbo sono legate prevalentemente all'aumento significativo del peso corporeo e sono quelle tipiche dell'obesità (Ostuzzi, Luxardi, 2003):

- il diabete (che si riscontra in misura tre volte maggiore nelle persone obese che in quelle normopeso);
- l'ipercolesterolemia, che aumenta il rischio di andare incontro a problemi muscolari;
- l'ipertensione arteriosa (presente in circa il 35-45% degli obesi);
- la malattia coronarica (infarto);
- le alterazioni della funzione respiratoria (soprattutto quando il peso eccede del 50% il peso ideale e il grasso è accumulato prevalentemente a livello addominale);
- un maggior rischio di mortalità per tumori;
- la compromissione dell'aspettativa e della qualità di vita.

Questa comorbidità condiziona il tasso di mortalità; molti studi, tra cui il Nurses'Health Study (Colditz et al., 1995), l'American Cancer Society's (ACS) Cancer Prevention Study (Byers et al., 2002) e l'Aerobics Center Longitudinal Study (Eisenmann, 2005), hanno infatti dimostrato l'associazione tra l'Obesità e una netta riduzione della speranza di vita sia negli uomini che nelle donne (Todisco, Vinai, 2008).

La mortalità inizia ad aumentare quando l'indice di massa corporea (BMI) supera i 24,9. L'incremento della mortalità è modesto fino a un BMI di 30, ma quando supera tale valore diviene notevole (fino al 50-100% in più rispetto alle persone con un BMI compreso nel range di 20-24,9).

Negli USA tra 280.000 e 325.000 morti l'anno possono essere attribuite all'Obesità (Todisco, Vinai, 2007).

8 - Eziopatogenesi: il modello Cognitivo-Comportamentale

Secondo la psicologia cognitiva-comportamentale, orientamento di riferimento nel presente lavoro, i disturbi del comportamento alimentare sono conseguenza di una serie di convinzioni disfunzionali riguardanti il proprio aspetto, il proprio valore e il legame tra la magrezza e l'autostima (Garner, Vitusoeck, Pike, 1997).

Come sottolineano Todisco e Vinai (2008), le abbuffate possono essere considerate simbolicamente come un imbuto in cui confluisce tutto il disagio del paziente: le sue emozioni, le sue convinzioni disfunzionali e la sua incapacità di riconoscere gli stati interni e differenziare le sensazioni fisiche dalle emozioni.

Possono avere significati molto differenti: possono rappresentare un equivalente affettivo, un'illusione di controllo sulla realtà, un'auto-punizione per non aver raggiunto gli obiettivi desiderati, un modo per affermare simbolicamente la propria indipendenza, oppure possono rendere più tollerabile ciò che non lo è, fungendo quasi da ansiolitico.

Si tratta di una modalità di coping che a lungo andare può diventare un pattern comportamentale automatico (Lorenzini-Sassaroli, 2000; Fairburn, 1997).

Nel BED, i fattori di rischio più probabili nell'indurre gli eccessi alimentari sembrano essere le emozioni negative, tra cui le più frequenti sono ansia, tristezza, disperazione, noia e rabbia. Diversi studi hanno dimostrato la relazione tra le giornate in cui si verificano le abbuffate ed un peggior stato emotivo (Wegner et al., 2002; Stice et al., 2000); i pazienti con BED infatti sembrano avere una scarsa tolleranza alle emozioni e un'incapacità di differenziarle dalle sensazioni.

Tentano di fronteggiare il proprio malessere rifugiandosi in un momentaneo piacere solitario, sottovalutando gli effetti negativi a lungo termine dei loro comportamenti (Nasser, Gluck, Geliebter, 2004); questo benessere temporaneo però lascia presto il posto ad emozioni negative suscitate da un rimuginio sul proprio valore e dal senso di colpa legato al cibo assunto.

Todisco e Vinai (2007) delineano le caratteristiche cognitive dei pazienti con BED: in essi prevale un senso di inadeguatezza e di impotenza; si percepiscono come estremamente deboli, in balia della volontà degli altri e ritengono di non avere alcuna speranza di riuscire a controllare la realtà. Queste convinzioni di non valore sono molto forti, anche perché sono sostenute da dati percettivi reali (la bilancia, lo specchio, lo sguardo dei passanti). Per questo, ritengono impossibile aumentare la propria autostima, legata strettamente al loro aspetto corporeo. Non apprezzano il proprio corpo, non ne sanno ricavare piacere, ne applicano un'"attenzione selettiva", amplificandone solo gli aspetti negativi.

Il paziente con BED inoltre, per via del suo aspetto, si riconosce un ruolo di perdente, di chi non corrisponde alle aspettative esterne (dei genitori, dei pari, del partner); ha bisogno del giudizio dell'altro per trovare un criterio di adeguatezza per il proprio Sé, poiché ne ha una percezione vaga. Nelle relazioni ricerca spesso l'accudimento, accudendo a sua volta in modo compulsivo per il timore dell'abbandono. Il senso di vuoto per questi soggetti è colmabile solo attraverso l'abbuffata.

Il cibo è qualcosa che li comanda, rappresenta l'unica fonte di piacere, infatti viene scelto sulla base del proprio stato d'animo (a differenza delle bulimiche che non ne percepiscono nemmeno il gusto).

Quando predominano le emozioni negative il cibo è uno strumento per allievarle, quando prevalgono quelle positive diventa un'ulteriore fonte di gratificazione.

Per questo è importante collocare l'abbuffata del paziente nel suo contesto emozionale e aiutarlo a riconoscerne le cause ed i significati.

Secondo l'ottica cognitivista esistono due meccanismi preminenti che causano lo scatenarsi delle abbuffate: quello chiamato "fuga dalla consapevolezza" (Heatherton, Baumeister, 1991) e quello definito "blocco

emozionale”, citato da Root e Fallon (1989) per la Bulimia Nervosa. Questi modelli, che pongono in rilievo l’importanza dei fattori emotivi e cognitivi in quanto antecedenti delle abbuffate, mettono in discussione il modello più tradizionale della “Restraint Theory” (Howard et al., 1999), secondo la quale il meccanismo dell’abbuffata è principalmente legato alla restrizione alimentare, a sua volta strettamente connessa a convinzioni distorte per il cibo, la forma e il peso corporeo. L’effetto della violazione del controllo sarebbe una modificazione cognitiva successiva alla rottura dell’alimentazione restrittiva che porterebbe allo sviluppo di una modalità di pensiero di tipo dicotomico sul cibo e sul suo controllo (estremo controllo o nessun controllo) (Todisco, Vinai, 2008). In seguito all’abbuffata, il tentativo di restrizione alimentare estrema ripartirebbe dando origine ad un circolo vizioso.

Va notato però che molti soggetti BED non attraversano un periodo di restrizione alimentare e che gli episodi di abbuffata possono essere presenti anche senza dieta o comportamenti di compenso, spesso anche totalmente assenti (Ricca, Castellini, Faravelli, 2009).

Diversi studi sperimentali inoltre hanno dimostrato che l’esposizione a situazioni emotive negative può condurre ad un episodio di abbuffata con più probabilità di una condizione di deprivazione calorica (Telch, Agras, 1996; Patton, 1992; Grilo et al., 1994; Meyer et al., 2000; Davis et al., 1988).

L’”Escape from self-awareness model” (fuga dalla consapevolezza), come illustrato nel manuale di Todisco e Vinai (2008), interpreta il comportamento alimentare del “binge eater” come una modalità di “sospensione del tempo”, al fine di evitare la consapevolezza di stati emotivi negativi e minacce alla propria autostima. Il soggetto entra in uno “stato di vuoto, di mancanza di significati, di vacuità”, simile a quello della dissociazione (Claes, 2007), e attua una sorta di “restringimento cognitivo” (Ricca et al., 2009): si focalizza sul presente, senza più riflettere sugli eventi passati e futuri, sospende i meccanismi inibitori che controllano l’assunzione di cibo, agendo di conseguenza l’abbuffata.

Il paziente crede di non poter tollerare le emozioni negative e considera come unica soluzione possibile il “non pensare e rifugiarsi in una tranquillizzante abbuffata” (Todisco, Vinai, 2008), innescando così un circolo vizioso che, attraverso l’aumento di peso e l’ulteriore diminuzione dell’autostima, lo convince sempre di più di non avere altre possibilità di cambiare la sua vita.

Il “Blocking model” (blocco emozionale) sostiene che l’abbuffata rappresenti un mezzo per bloccare un’emozione troppo intensa, allontanare dalla coscienza le emozioni negative focalizzando l’attenzione su quelle positive procurate dal cibo. Molti pazienti infatti riportano di sentirsi tesi, arrabbiati, soli, ansiosi, ecc. prima dell’abbuffata: il cibo offre un effetto gratificante immediato e sembra rappresentare l’unico rimedio al loro problema.

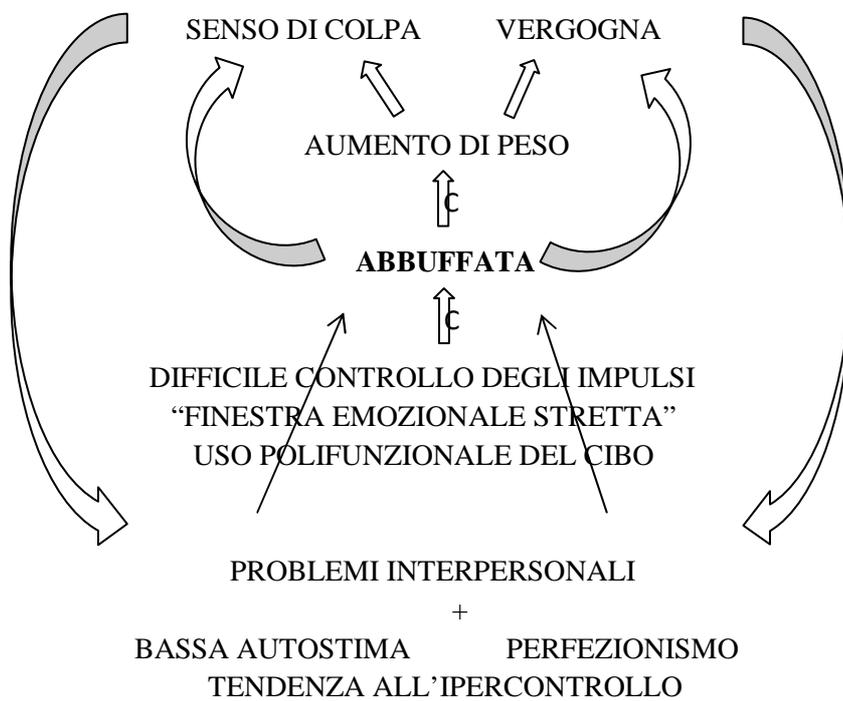
Todisco e Vinai (2008) inoltre spiegano che i pazienti con BED “attivano” il blocco emozionale a causa della difficoltà a controllare gli impulsi e della presenza di una “finestra emozionale stretta”: un’alta soglia di percezione, che li rende anestetizzati fino a che le emozioni non raggiungono una certa intensità, e una bassa soglia di tolleranza delle emozioni, che li porta ad agire attraverso il cibo.

Sono tre le convinzioni disfunzionali che spingono i soggetti con BED ad attivare il blocco emozionale:

- l’intolleranza delle emozioni;
- l’interpretazione delle sensazioni corporee come segnali di eventi catastrofici imminenti;
- il pensare che ci si possa difendere dalle emozioni innalzando la soglia di consapevolezza, cioè il livello sotto il quale il soggetto non si accorge di provare un’emozione (l’anestesia emotiva è l’unica soluzione).

L’abbuffata agisce nel fornire una sorta di sollievo immediato, che lascia il posto al senso di colpa e alla vergogna, emozioni negative che in qualche modo riescono a sovrastare quelle negative preesistenti, causate invece da eventi esterni e quindi percepite come non gestibili.

Se i pazienti presentano queste caratteristiche, associate a bassa autostima, tendenza al controllo, perfezionismo e ad un’abitudine da sempre ad utilizzare il cibo come soluzione ai problemi, è probabile che le emozioni negative inneschino le abbuffate, creando un circolo vizioso alimentato dai conseguenti sentimenti di colpa e di vergogna, che possono indurre ulteriori abbuffate mantenendo così il problema.



Il circolo vizioso delle abbuffate (P. Todisco, P. Vinai, 2008).

Parte II – Il trattamento del Binge Eating Disorder.

1) Panoramica dei principali approcci terapeutici per il BED.

I principali obiettivi del trattamento del BED sono i seguenti (Brownley et al., 2007):

- 1- l'astinenza dalle abbuffate;
- 2- il miglioramento del funzionamento psicologico (disinibizione, preoccupazione per cibo e peso, immagine corporea, riduzione di ansia e depressione);
- 3- la perdita di peso nei soggetti in sovrappeso o obesi.

Todisco e Vinai (2009) affermano che sono stati testati nel tempo molti trattamenti, con esiti incoraggianti, seppur i risultati degli studi effettuati non hanno ancora dimostrato un trattamento in grado di raggiungere tutti e tre gli obiettivi. In particolare, l'obiettivo più difficile da perseguire sembra essere la perdita di peso.

Si distinguono due linee di pensiero distinte tra i clinici che si occupano del trattamento del BED: c'è chi sostiene che l'obiettivo primario da considerare sia il trattamento dell'obesità, mentre altri difendono la posizione secondo cui andrebbe innanzitutto interrotto il circolo vizioso che alimenta le abbuffate (APA, 2006).

Esistono cinque tipi di approccio al trattamento: dietologico (riabilitazione nutrizionale), psicoterapeutico (IPT, CBT, DBT), comportamentale finalizzato alla perdita di peso (BWT), farmacologico e chirurgico.

Tutte le terapie psicologiche sono strutturate, con una specifica durata e si focalizzano o direttamente sull'interruzione delle abbuffate (CBT), o sulla risoluzione dei meccanismi che le sostengono (problemi interpersonali nella IPT e le emozioni della DBT).

Non si differenziano molto tra loro rispetto all'effetto sulle abbuffate e sul peso, scarsamente modificato da tali terapie (Todisco, Vinai, 2009).

In questo lavoro viene considerata e descritta in modo più dettagliato la CBT, con un'attenzione particolare alla sua evoluzione nella CBT-A, approccio Cognitivo-Comportamentale focalizzato sull'Appetito, il quale ha dimostrato migliori risultati nella riduzione o eliminazione delle abbuffate (Latner et al., 2007).

1.1) L'approccio dietologico.

Come descritto da Todisco e Vinai (2008), questo approccio assegna scarsa importanza alle abbuffate, considerandole modalità comportamentali che conducono ad un aumento del peso ma che diminuiscono man mano che l'individuo apprende e consolida uno stile alimentare sano e un'adeguata attività fisica. Considera quindi il BED un problema unicamente nutrizionale ed utilizza tre principali modalità di trattamento con l'obiettivo di ottenere un decremento ponderale: l'educazione alimentare, perché il paziente conosca le basi di una sana alimentazione; la modificazione delle modalità alimentari rispetto a quantità, qualità, tempi, luoghi, atteggiamenti comportamentali e cognitivi; l'introduzione dell'attività fisica e di uno stile di vita attivo.

L'American Psychiatry Association riconosce a questo tipo di riabilitazione nutrizionale un'efficacia empiricamente dimostrata (APA, 2006), in quanto prospetta un decremento ponderale realistico (il 10% del peso iniziale) e una gestione del peso a lungo termine sia nei soggetti BED che non BED (National Institutes of Health Consensus Development Conference, 1991).

Persistono ancora dei dubbi rispetto alla durata nel tempo dei risultati ottenuti applicando solamente l'approccio dietologico (Todisco, Vinai, 2008).

1.2) L'approccio farmacologico.

Al momento non esiste un farmaco o una classe di farmaci considerabile "gold standard". Sembra che il BED sia risultato sensibile a tre classi di farmaci: gli antidepressivi, gli inibitori centrali dell'appetito, gli anticonvulsivanti. Nonostante siano in aumento, sono però ancora pochi gli studi randomizzati a disposizione con metodica in doppio cieco e confronto con placebo (Todisco, Vinai, 2008) che valutino l'efficacia della farmacoterapia per il BED, soprattutto i suoi effetti nel lungo termine; sembra inoltre che tale disturbo sia sensibile al placebo (Stunkard, Alison, 2003).

Gli antidepressivi triciclici (imipramina e desipramina) tendono a ridurre la frequenza delle abbuffate (Alger, 1991; McCann, 1990); tra gli SSRI è stata dimostrata l'efficacia della fluvoxamina (Pearlstein, 2003), della sertralina (McElroy, 2000), della fluoxetina (Arnold, 2002) e del Citalopram (McElroy, 2003); sembra però che i pazienti tendano ad ottenere una modesta perdita di peso e ad avere ricadute una volta sospeso il farmaco (McCann, 1990).

Gli inibitori centrali dell'appetito modificano la neurotrasmissione nelle regioni cerebrali deputate al controllo dell'appetito e della sazietà (Hansen, 1999). Diversi studi hanno accertato l'efficacia della sibutramina (inibitore del reuptake della serotonina e della norepinefrina) nell'indurre e mantenere il numero delle abbuffate, i sintomi depressivi e la perdita di peso a breve e lungo termine (Yanovski, 2002; Kruger, 2000). Tra gli antiepilettici invece è stata documentata l'efficacia del topiramato e del zonisamide nel ridurre l'appetito e il peso e nel sopprimere le abbuffate (McElroy et al., 2004; Appolinario et al., 2002; McElroy et al., 2003); questi farmaci non sono però riconosciuti ufficialmente per il trattamento del BED.

Tra le tre categorie, gli antidepressivi sono i farmaci che sono stati maggiormente affiancati alla psicoterapia nel trattamento del BED (Grilo et al., 2005; Devlin et al., 2005, Devlin et al., 2007); l'approccio combinato psicoterapico-farmacologico che risulta più efficace affianca un antidepressivo alla CBT (con o senza BWT); sebbene tale combinazione possa risultare vantaggiosa nel trattare la psicopatologia associata al BED (depressione), nella maggior parte dei casi non si associa ad un aumento dei risultati sulla riduzione delle abbuffate (APA, 2006). La CBT da sola infatti è risultata essere superiore alla terapia farmacologica con SSRI (Ricca et al., 2001; Grilo et al., 2005; Devlin et al., 2005).

1.3) L'approccio chirurgico.

I BED rappresentano il 33-34% dei soggetti con grave obesità candidati a terapia chirurgica (Saunders, 1999; Busetto et al., 2005). La chirurgia bariatrica sembra avere effetti positivi a lungo termine rispetto alla perdita di peso, di conseguenza sulla mortalità e sulla comorbidità del paziente obeso.

Todisco e Vinai (2009) affermano che il numero di episodi di abbuffata nel BED si riducono nettamente dopo la chirurgia bariatrica, ma nel lungo termine spesso ricompaiono i disturbi, i quali hanno poi effetti negativi sulla prognosi dell'intervento e sulla qualità di vita del paziente.

1.4) L'approccio comportamentale finalizzato alla perdita di peso (BWT).

Utilizza tecniche comportamentali per ridurre il peso dei pazienti attraverso la restrizione dell'introito calorico e l'aumento dell'attività fisica. La riduzione delle abbuffate quindi non è un obiettivo diretto del trattamento (Vinai, Todisco, 2009), sebbene questo tipo di approccio si sia dimostrato utile nel diminuirle (Agras et al., 1994; Marcus et al., 1995; Gladis et al., 1998). Inoltre, secondo alcuni autori (Marcus et al., 1995; Porzelius et al., 1995) i soggetti con BED perdono più peso con la BWT che con la CBT e la IPT.

1.5) La psicoterapia interpersonale (IPT).

E' stata inizialmente sviluppata, a partire da modelli di tipo psicodinamico, per il trattamento della Depressione Maggiore (Klerman et al., 1994), ed è stata successivamente adattata ad un particolare approccio di gruppo per il BED (Wilfley et al., 1993).

Si tratta di una terapia breve, che mira ad aiutare i pazienti ad identificare e risolvere i problemi interpersonali attuali, coinvolti nell'eziopatogenesi del disturbo. Presuppone quindi che esista una stretta correlazione tra umore negativo, bassa autostima, relazioni interpersonali e comportamento alimentare (Jacobs et al., 2004).

Il trattamento si focalizza sulla risoluzione di problemi relativi a quattro domini sociali connessi all'esordio o al mantenimento del disturbo alimentare: deficit interpersonali, dispute di ruolo, transizioni di ruolo, lutto. Le problematiche più frequentemente riscontrate tra i pazienti BED riguardano il dominio "deficit interpersonali". Per questo risulta molto utile il contesto del gruppo (Wilfley et al., 1993), utilizzato come una rete sociale che possa aiutare i pazienti ad uscire dall'isolamento ed ad imparare a stabilire e mantenere le relazioni interpersonali (Todisco, Vinai, 2008).

Dura 15-20 sedute in un periodo di 4-5 mesi.

L'IPT si è dimostrata essere una terapia alternativa alla CBT nel trattamento del BED, essendo anche stata rilevata tra i pazienti una percentuale di remissione delle abbuffate molto alta e quasi sovrapponibile a quella della CBT (79% per la CBT e 73% per la IPT); non sembra invece dimostrare effetti statisticamente significativi sulla perdita di peso (Wilfley et al., 2002).

1.6) La Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CBT).

Viene riconosciuta da molti clinici e ricercatori (NICE, 2004; APA, 2006) il trattamento di prima scelta per il BED, anche se gli effetti sulla perdita di peso sono ancora limitati.

Come illustrato da Todisco e Vinai (2008; 2009), questo approccio psicoterapeutico si focalizza prevalentemente sulle modalità di pensiero e sugli atteggiamenti disfunzionali associati al cibo, al peso e al proprio aspetto e sulle convinzioni erronee relative a sé, al mondo e agli altri. Questo schema di pensiero attiverebbe un circolo vizioso caratterizzato dalla messa in atto di comportamenti disadattivi (le abbuffate) atti a gestire gli stati emotivi negativi secondari ai pensieri disfunzionali. Gli obiettivi dell'intervento cognitivo-comportamentale sono (Fairburn et al., 1993):

- la regolazione alimentare;
- la rilevazione e la modifica dei pensieri disfunzionali;
- l'identificazione degli stati emotivi che possono sfociare in un'abbuffata;
- lo sviluppo di modalità più funzionali per fronteggiarli.

Il tipo di trattamento finora descritto si basa sul modello di mantenimento della BN proposto da Fairburn (1993) ed è stato modificato in tutte e tre le sue fasi e adattato al BED sulla base delle principali distinzioni tra i due disturbi: i BED non attuano quasi mai comportamenti di compenso e pratiche restrittive severe; il livello di preoccupazione e di importanza data alla forma e al peso corporeo sono inferiori nel BED rispetto che nella BN e i BED sono più interessati alla perdita di peso piuttosto che all'interruzione delle abbuffate.

In ogni caso, questo tipo di approccio parte dal presupposto che sia inizialmente più importante eliminare gli episodi di abbuffata e solo in un secondo momento occuparsi dell'eventuale perdita di peso; che sia comunque importante aumentare l'autostima riducendo la forza del legame aspetto-valutazione di sé; che il soggetto impari a mantenere un controllo "flessibile" dell'alimentazione, ricevendo un intervento educativo sull'obesità, sull'alimentazione e sull'attività fisica.

Per consolidare i cambiamenti ottenuti nel comportamento alimentare, la durata del trattamento è stata prolungata di circa un mese (da 20-22 settimane a 24-26).

1.7) La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT).

E' stata originariamente sviluppata da Marsha Linehan per pazienti con Disturbo Borderline di Personalità e comportamenti autolesivi, risultando tuttora il trattamento più completo e validato per questo tipo di disturbo (APA, 2001); integra ai principi della terapia cognitivo-comportamentale strategie mirate all'accettazione, le quali derivano dal buddismo Zen (Marcus, Levine, 2004).

Questo nuovo approccio si basa su un modello che non si riscontra in alcun'altra tipologia di trattamento: il modello della regolazione emotiva, che stabilisce un collegamento tra le emozioni negative e il disturbo alimentare (Abraham, Beumont, 1982; Arnow et al., 1992; Polivy, Herman, 1993); secondo questa visione, le abbuffate ed altri sintomi, quali il vomito auto-indotto o la restrizione alimentare (non tipici del BED), verrebbero utilizzati come modalità di fronteggiare e regolare le emozioni dolorose difficili da modificare (Linehan, Chen, 2005; Waller, 2003; Wisniewsky, Kelly, 2003), offrendo alla persona che le mette in atto una sensazione di temporaneo sollievo (Arnow et al., 1995; Polivy et al., 1993; Wonderlich et al., 2007).

Pertanto, la DBT è mirata all'insegnamento di abilità più adattive di regolazione delle emozioni e di riduzione dei comportamenti disfunzionali derivanti dalla disregolazione delle stesse (Safer et al., 2011).

Contrariamente a quanto previsto nella CBT, si interessa delle abbuffate solo in modo indiretto (Todisco, Vinai, 2009).

2) La Terapia Cognitivo-Comportamentale e la sua evoluzione nella Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sull'Appetito (CBT-A).

2.1) Gli strumenti terapeutici della CBT standard.

Come già delineato nella parte dedicata alla descrizione del modello teorico di riferimento, secondo l'orientamento cognitivo le abbuffate rappresentano per il soggetto che le attua l'unica reazione possibile ad ogni tipo di difficoltà. Di conseguenza, per poter trattare il sintomo, è necessario intervenire nel modificare il costrutto disfunzionale che causa e mantiene la patologia, il quale infatti non rappresenta una caratteristica della personalità del soggetto, ma solo una modalità di affrontare le difficoltà.

Vinai e Todisco (2007), nel trattare l'aspetto relativo al trattamento del Binge Eating Disorder, sostengono che l'intervento migliore per gestire la situazione a più sfaccettature del soggetto con BED debba essere integrato: psicoterapeutico e medico-nutrizionale. Lo psicoterapeuta infatti, che funge da elemento coordinatore, nell'intervenire sulle aree più problematiche del paziente nel modo più opportuno, dovrebbe avvalersi anche di altre figure professionali, tra cui soprattutto il dietologo, il dietista e l'internista, che abbiano specifiche conoscenze sul disturbo.

I due autori riportano inoltre che nel BED in apparenza vi è una concordanza tra gli obiettivi del paziente e del terapeuta: entrambi vogliono eliminare le abbuffate. E' importante mettere fin da subito in chiaro con il paziente che l'intervento terapeutico si focalizzerà su due livelli:

- il controllo dell'alimentazione;
- la gestione delle problematiche alla base delle abbuffate.

I problemi relativi al peso ed i problemi esistenziali rappresentano infatti i due pilastri su cui si regge l'intera terapia e non è possibile trascurare né l'uno né l'altro. Il disagio esistenziale resta l'obiettivo centrale della terapia, ma poiché questo viene mantenuto anche dal rapporto con il cibo e dalle sue conseguenze, è meglio agire su entrambi i fattori.

Al paziente va trasmessa la possibilità di controllare il comportamento alimentare e la sua inscindibilità dalle cause che l'hanno generato. Va quindi cancellata la teoria dell'impulso biologicamente determinato, che non motiverebbe il paziente ad impegnarsi in una terapia, e le abbuffate vanno lette come l'effetto di una decisione sotto il controllo della propria volontà.

L'approccio terapeutico del BED è caratterizzato da due componenti:

- la modificazione dei meccanismi cognitivi ed emotivi alla base del disturbo: la fuga dalla consapevolezza, il blocco delle emozioni, l'emotional eating e l'impulsività;
- gli interventi sui punti nodali del disturbo che richiedono più o meno lavoro terapeutico nei diversi pazienti: il cibo, le emozioni, il corpo, l'autostima e le relazioni interpersonali.

A seconda della tipologia di paziente e del momento della terapia, il terapeuta cognitivo-comportamentale ha a sua disposizione diversi strumenti; tra questi, verranno descritti il diario emozionale, la ristrutturazione cognitiva e il diario alimentare, che trovano il loro ambito di applicazione nelle aree disfunzionali del paziente (cibo, corpo, autovalutazione e relazioni).

2.1.1) Il diario emozionale.

Il paziente con BED spesso si ritiene ingordo, pigro, incostante, senza volontà e in balia di un impulso che lo induce ad abbuffarsi; queste convinzioni, con le loro conseguenze a livello emozionale, determinano il disagio del paziente.

Per aiutarlo a divenire consapevole di questo deficit metacognitivo e a riconoscere la costanza delle sue idee disfunzionali ricorrenti, è possibile utilizzare il diario emozionale. Una versione modificata del classico metodo degli ABC di Ellis (Ellis, 1989). L'obiettivo di questo metodo è di rendere il paziente consapevole delle situazioni quotidiane che gli creano disagio e del suo modo di affrontarle, trascrivendo all'interno di una tabella gli episodi in cui si è sentito a disagio e riportando pensieri, emozioni e conseguenti comportamenti.

E' un metodo che, utilizzando la memoria episodica, obbliga il soggetto a soffermarsi sulla successione pensiero-emozione-abbuffata, notando l'eventuale ripetizione della stessa risposta comportamentale (le abbuffate) in seguito ad una varietà di stimoli. Così il paziente può dare una diversa lettura del suo comportamento: trasformare ciò che ritiene causa del suo disagio nell'effetto di un'ampia gamma di situazioni emotivamente stressanti cui reagisce mangiando.

Una volta che il soggetto è divenuto consapevole del suo modo di pensare, il diario ha poi la funzione di risalire dall'episodio che crea disagio ai sistemi di scopi e di credenze che generano questa sensazione. Le varie situazioni di disagio vengono così collegate in un quadro unitario che permetta al paziente di individuare più in generale le macroaree disfunzionali della sua vita (il Sé, le relazioni, la sua immagine corporea, ...) e ad attribuire quindi un significato più generale al suo disagio.

Il passaggio successivo sarà quello di annotare oltre all'episodio di disagio vissuto, delle alternative cognitive che avrebbe potuto mettere in atto per sentirsi e comportarsi in un modo più funzionale. Tali alternative devono essere sentite proprie ed attuabili; è possibile utilizzare anche la tecnica del pole-playing per testare la capacità del paziente di individuare alternative cognitive e comportamentali a scenari di disagio evocati dal terapeuta.

In seguito, si invita il paziente a verificare concretamente la funzionalità dei pensieri alternativi e l'attuabilità delle nuove possibilità comportamentali, mettendo in pratica quanto ha ipotizzato nel diario emozionale.

Quando non vi è più la generalizzazione del pensiero ma si cominciano a differenziare i propri ed altrui stati interni, il diario diventa solamente uno strumento di monitoraggio del processo di cambiamento.

2.1.2) La ristrutturazione cognitiva.

Il primo passo è l'identificazione delle convinzioni disfunzionali del paziente. Si cerca di aiutare il paziente a riconoscere che quando si abbuffa, nonostante l'episodio avvenga in contesti diversi, lo fa perché mantiene sempre le stesse convinzioni su di sé, gli altri e le sue relazioni con loro, profondamente radicate in lui: "non valgo, non sono degno, gli altri sono migliori di me, mi giudicano, mi rifiutano perché non sono perfetto, perché sono grasso".

Queste convinzioni disfunzionali vengono poi discusse attraverso il dialogo socratico, tecnica che mira ad esplorarne la fondatezza e a far quindi riconoscere al soggetto l'irrazionalità delle proprie idee che generano emozioni e comportamenti disfunzionali ai suoi scopi (Castelfranchi, 2002).

Il soggetto, a causa dei suoi stili di pensiero disfunzionali, interpreta erroneamente la realtà, focalizza la sua attenzione solo su alcuni aspetti del mondo, ignorandone altri e generalizza le sue convinzioni sulla realtà circostante. In conseguenza, attribuisce cause erronee a molti eventi negativi della sua vita, cercando soluzioni congrue a tali convinzioni disfunzionali. A causa dell'estrema severità nei confronti di sé stesso, gli esiti (le abbuffate, l'aumento di peso, la vergogna per il proprio aspetto, ...) però vengono poi vissuti come delle catastrofi.

Successivamente, si ragiona con il paziente sui vantaggi e gli svantaggi di mantenere queste modalità di pensiero, sottolineandone la disfunzionalità rispetto agli obiettivi finali, cominciando in seguito a considerare modalità alternative di pensiero, che potrebbero generare alternative sia emotive che comportamentali.

Tali alternative vengono utilizzate per giungere ad una riformulazione delle sue convinzioni ancora più adattiva. Spesso passano molte sedute prima che il paziente riesca a fare propria la riformulazione e non è detto che questo processo cognitivo lo possa portare sempre ad affrontare le situazioni a rischio in modo efficace.

Tutto il processo effettuato va infine rivisto per rendere più evidenti i risultati ottenuti e per far sentire il paziente ancora di più protagonista dei cambiamenti raggiunti attraverso questa nuova logica argomentativa metacognitiva che potrà riutilizzare anche in altri contesti.

La ristrutturazione cognitiva agisce prevalentemente sul meccanismo della "fuga dalla consapevolezza", attraverso il quale il paziente attuerebbe una reazione di fuga di fronte a situazioni che ritiene troppo impegnative da affrontare, restringe il proprio campo cognitivo focalizzandolo sul cibo per non riconoscere più gli altri aspetti problematici della sua esistenza.

Il passaggio fondamentale successivo, senza il quale il soggetto nel tempo potrebbe trovarsi a rischio di drop-out, riguarda l'affrontare le emozioni che inducono direttamente le abbuffate, anche senza la mediazione cognitiva.

2.1.3) Il diario alimentare.

Nell'ambito dei DA viene poi utilizzato un ulteriore strumento, di cui si avvalgono spesso i professionisti in ambito nutrizionale-dietologico: il diario alimentare, il quale rappresenta un mezzo conoscitivo delle caratteristiche cognitive, emotive e comportamentali del paziente, oltre che di quelle alimentari. Fairburn e Wilson lo hanno proposto come tecnica alla base della BN (Fairburn, Wilson, 1993).

Nel BED, per non dare l'idea che il primo focus della terapia siano cibo e peso, non è consigliabile proporlo in prima seduta nella sua versione standard. Secondo Todisco e Vinai può essere utile, quando il paziente inizia ad esplorare ipotesi di cambiamento cognitivo-comportamentali, introdurre in terapia un diario emotivo-alimentare, da sostituire a quello semplicemente emotivo. Nella versione elaborata da questi autori i pazienti devono riportare nelle rispettive colonne la situazione in cui consumano il cibo, i pensieri e le emozioni che precedono il pasto, la sensazione di fame da 1 a 10, la quantità di cibo consumata, se sono state messe in atto abbuffate e quali alternative avrebbero potuto mettere in atto per evitarle; nell'ultima colonna devono essere riportati i pensieri e le emozioni provate dopo gli eccessi alimentari.

Attraverso questo strumento è possibile vedere la relazione tra ciò che il paziente mangia, i suoi pensieri e i suoi stati emotivi.

2.2) Supporto empirico alla CBT.

In base alla review di Iacovino et al. (2012) la CBT sembra essere il trattamento psicologico per il BED più studiato e consolidato. Individui e gruppi di pazienti sottoposti a CBT mostrano percentuali di astinenza da abbuffata maggiori, rispetto a soggetti che non ricevono il trattamento (Telch et al., 1990; Agras et al., 1997; Dingemans et al., 2007; Eldredge et al., 1997; Gorin et al., 2003; Schlup et al., 2009; Wilfley et al., 1993).

Wilfley et al. (2002) realizzarono un trial controllato randomizzato molto consistente al fine di valutare l'efficacia della CBT, riscontrando dopo 20 sedute di terapia che il 79% dei partecipanti risultava in astinenza da abbuffate e che ai follow-up di un anno (Wilfley et al., 2002) e di quattro anni di distanza (Hilbert et al., 2012) i miglioramenti persistevano.

Lo studio di Dingemans et al. (2007), già citato precedentemente, confrontò i risultati di 15 sessioni di CBT con soggetti in lista d'attesa, riscontrando rispettivamente il 63% e il 18% di astinenza, dato che dimostra la superiorità della CBT rispetto all'assenza di trattamento; al follow up di un anno l'80% del campione risultava in astinenza.

Munsch et al. (2007) rilevarono inoltre che la CBT produce maggiori percentuali di astinenza rispetto alla BWL (80% vs 36%), anche al follow-up di un anno.

Grilo et al. (2005) esaminarono l'efficacia della CBT combinata con i trattamenti farmacologici e confrontarono la CBT con il placebo, la somministrazione di fluoxetina con il placebo o solo fluoxetina e rilevarono più alte percentuali di astinenza associate con la CBT, dato che suggerisce che l'aggiunta di fluoxetina non fornisce maggiori benefici per quanto riguarda la riduzione delle abbuffate. Sembra invece che l'aggiunta di 200 mg di Topiramato alla CBT possa produrre percentuali di astinenza significativamente maggiori, rispetto al gruppo che aveva ricevuto CBT e placebo (Claudino et al., 2007).

Anche la recentissima review di Brown e Keel (2012), dimostra, attraverso la descrizione di alcuni importanti trial randomizzati, l'efficacia della CBT nel migliorare le percentuali di astinenza se confrontata con l'assenza di trattamento (Peterson et al., 1998; Carter et al., 1998) e con l'auto-monitoraggio (Grilo et al., 2005).

Rileva inoltre evidenza mista rispetto all'efficacia della CBT nel ridurre le abbuffate se confrontata con gli altri tipi di trattamento. Ad esempio, lo studio di Grilo et al. (2005) dimostra che la CBT conduce a maggiori riduzioni nella frequenza delle abbuffate, nelle percentuali di remissione e riduzione della fame, se confrontata con la BWL; mentre sembra non differire dalla IPT nel ridurre le abbuffate o nell'aumento della remissione (Wilfley et al., 2002; Wilson et al., 2010).

Due studi esaminarono e confrontarono l'efficacia della CBT standard con l'auto-aiuto guidato e il puro auto-aiuto, non riscontrando differenze per quel che riguarda la frequenza delle abbuffate (Peterson et al., 1998, Carter et al., 1998). E' importante il dato che dimostra che la CBT sembra efficace nel ridurre la frequenza delle abbuffate e nel miglioramento dei sintomi depressivi, dell'autostima, dell'adattamento sociale (Grilo et al., 2005; Wilson et al., 2010; Grilo et al., 2011) ma non sembra contribuire alla perdita di peso (Wilson et al., 2010; Grilo et al., 2011).

Todisco e Vinai sottolineano come per cercare di aumentare l'efficacia della CBT sul peso corporeo alcuni autori abbiano proposto di associarvi uno specifico programma di attività fisica e di educazione nutrizionale, associazione dimostratasi superiore al trattamento solo con CBT (Pendleton et al., 2002; Fossati et al., 2004); altri hanno invece associato all'approccio standard tecniche innovative come l'esposizione al cibo o l'esposizione alla propria immagine corporea usando la realtà virtuale (Riva et al., 2003) o tecniche video (Hilbert, Tuschen-Caffier, 2002).

E' stato inoltre ideato, sempre a partire dalla terapia cognitivo-comportamentale, un protocollo focalizzato sull'Appetito, descritto in seguito in modo più dettagliato, mirato all'aumento della capacità di riconoscere la sazietà, al fine di regolare di conseguenza l'introito calorico (Elder, 2003).

2.3) la Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sull'Appetito (CBT-A).

Tra la metà e la fine degli anni 90', diversi autori hanno sperimentato un'implementazione della CBT standard indirizzata al Binge Eating Disorder, focalizzandola prevalentemente sul riconoscimento del sistema dell'appetito.

Nel 1995 Craighead e Allen hanno ideato una tipologia di trattamento che favorisse l'auto-regolazione dell'alimentazione attraverso un'accresciuta risposta ai segnali di fame e sazietà: i partecipanti venivano istruiti a monitorare la fame e il senso di pienezza, piuttosto che l'assunzione di cibo e di liquidi, ed esortati ad iniziare a mangiare in risposta ad una fame moderata, fermandosi poi in risposta ad un moderato senso di sazietà. Questo approccio, definito Appetite Awareness Training (AAT), ha dimostrato una significativa efficacia nel ridurre le abbuffate tra i partecipanti con BED e BN (Craighead, Allen, 1995; Dicker, Craighead, 2004).

Parte dal presupposto che il paziente non si alimenti in risposta agli adeguati segnali interni di fame e sazietà, ma che il suo comportamento alimentare sia regolato piuttosto da segnali esterni provenienti dall'ambiente e da segnali interni, affettivi e cognitivi. Il paziente non sarebbe in grado di identificare quando è realmente affamato o quando ha raggiunto un adeguato senso di sazietà; inoltre, pur essendo consapevole dei propri segnali di appetito, avrebbe imparato ad ignorarli e a rispondere ad altri segnali più forti, quali la rabbia, la noia o la presenza di cibo. Tale condizione favorisce la messa in atto delle abbuffate.

Craighead descrive inoltre tre cicli disfunzionali che ritiene possano svolgere un ruolo di mantenimento ed incremento della presenza di abbuffate:

- il Ciclo della Dieta, secondo il quale quando una persona restringe l'alimentazione, ignora volontariamente i segnali della fame, diventandone così meno consapevole; in tali condizioni, la normale risposta del corpo è di mangiare troppo. Nel corso di una dieta, il controllo delle variabili esterne ed interne connesse al comportamento alimentare può essere molto vulnerabile; per questo spesso avviene facilmente l'abbuffata, che innesca il senso di colpa e lo sconforto ("Effetti di Violazione da Astinenza", AVE) e attiva il Ciclo Affettivo Negativo.
- il Ciclo Affettivo Negativo, per il quale il primo segnale che stimola l'alimentazione è uno stato emotivo sgradevole, che il paziente controlla attraverso l'abbuffata, la quale genera uno stato di sollievo. Tale comportamento rinforza l'utilizzo del cibo in quanto strategia di coping in risposta ad emozioni spiacevoli, conducendo il paziente ad ignorare i segnali di sazietà. Questo rende più probabile l'abbuffata e il successivo sviluppo di uno stato emotivo ancora più spiacevole (effetto AVE). Può inoltre innescare nuovamente il Ciclo della Dieta.
- il Ciclo dell'Ignorare la Sazietà, secondo cui lo stimolo che conduce ad alimentarsi è solitamente ambientale: l'ora dei pasti o la presenza di cibo; il paziente, presumibilmente a causa della lunga storia di dieta, presenta una minore sensibilità ai segnali di sazietà ed è probabile che non ne sia adeguatamente consapevole. Questo può condurre all'abbuffata, innescando presumibilmente il Ciclo della Dieta e il Ciclo Affettivo Negativo.

Il training di Craighead è costituito da otto sessioni e persegue i seguenti obiettivi:

- istruire il paziente rispetto ai tre "cicli disfunzionali" descritti sopra, i quali costituiscono importanti meccanismi di mantenimento del comportamento alimentare disfunzionale.
- Incrementare la consapevolezza del paziente rispetto ai segnali interni di fame e sazietà attraverso l'auto-monitoraggio.
- Insegnare al paziente ad utilizzare strategie di problem-solving in risposta agli episodi di abbuffata.

- Insegnare al paziente abilità di prevenzione di un'eventuale ricaduta: identificare le situazioni ad alto rischio, utilizzare il problem solving per evitare tali situazioni e minimizzare la valutazione negativa di sé causata dall' "effetto di violazione dell'astinenza", incrementando successivamente le abilità di coping.

Nel 1999 anche Ventura e Bauer hanno condotto uno studio in cui venivano insegnati ai partecipanti i meccanismi psicobiologici che controllano l'appetito; questi venivano in seguito incoraggiati a riconoscere la fame e la sazietà attraverso l'assunzione di diverse tipologie di cibo, al fine di massimizzare la percezione del senso di sazietà; anche questo approccio al trattamento del BED si è dimostrato valido nel condurre ad una maggior riduzione delle percentuali di abbuffata e di purging rispetto alla CBT tradizionale, sia nel breve termine che al follow-up di 9 e 12 mesi.

Latner et al. (2007) all'interno del manuale "Self-help Approaches for Obesity and Eating Disorders: Research and Practice" (Wilson, 2007) presentano un modello di trattamento incentrato sull'aspetto dell'appetito (la CBT-A), prendendo spunto dall'Appetite Awareness Training di Craighead.

La CBT-A rappresenta un'estensione della CBT standard e mira a potenziarne l'efficacia. Come esplicitato dal suo stesso nome, si focalizza innanzitutto sul ruolo dell'appetito nei disturbi alimentari in cui è presente la componente dell'abbuffata (BN e BED).

L'appetito include due elementi: la fame e il senso di sazietà. In un'alimentazione normale, la fame induce ad alimentarsi ed il senso di sazietà indica il momento in cui interrompere l'alimentazione. Negli individui che attuano le abbuffate, sembra che uno o entrambi dei normali meccanismi dell'appetito siano compromessi (Latner et al., 2007). Tali deficit possono essere dovuti ad anomalie fisiologiche nel funzionamento dell'appetito e/o ad un'insensibilità fisiologica o appresa ai segnali di sazietà. Per definizione, persone con BN e BED consumano un'insolita quantità di cibo, sia durante gli episodi di abbuffata che nel corso del resto della giornata (Weltzin et al., 1991).

Questo sembra dovuto ad anomalie fisiologiche dei neuropeptidi che governano il comportamento alimentare (Jimerson, Wolfe, 2004): ad esempio, sembra che il rilascio post-prandiale della colecistochina, induttore di sazietà, nei soggetti con BED e BN sia significativamente attenuato (Devlin et al., 1997; Geraciotti et al., 1988); sembra inoltre che la grelina, ormone che stimola la fame e l'assunzione di cibo e che normalmente cala dopo aver mangiato, nei soggetti con BED e BN rimanga insolitamente elevato e che risulti invece smorzato il peptide di sazietà YY (Monteleone et al., 2005). Questi pazienti inoltre sembrano possedere una capacità gastrica maggiore dei soggetti senza patologia (Geliebter et al., 1992).

Ulteriori studi hanno inoltre identificato come causa delle anomalie legate al senso di sazietà in chi attua le abbuffate, un deficit rispetto alla consapevolezza enterocettiva, misurata attraverso l'EDI, cioè l'abilità di identificare accuratamente emozioni e sensazioni di fame e sazietà (Fassino et al., 2004).

La CBT-A mira ad eliminare le abbuffate esercitando l'individuo a riconoscere e a rispondere in modo adeguato ai propri segnali interni di fame e sazietà, quando raggiungono un livello moderato.

A differenza della CBT standard, la CBT-A ritiene che i segnali interni dell'appetito giochino un ruolo fondamentale nell'avvio e nel mantenimento degli episodi di abbuffata (più generalmente, nel ciclo dieta-abbuffata-compenso). Conseguentemente, il protocollo di trattamento prevede, oltre a tutti gli aspetti della CBT standard, una maggiore focalizzazione sistematica sull'appetito, attraverso il suo costante auto-monitoraggio, l'educazione del paziente rispetto alla sazietà e la selezione dei cibi che maggiormente la favoriscano.

Latner et al. (2007) affermano che nella CBT-A, quindi, vengono monitorati quotidianamente, attraverso una tabella, sia l'appetito che l'assunzione di cibi e di liquidi; questo consente la discussione rispetto alle quantità di cibo assunte, in modo che il terapeuta possa gradualmente "riaddestrare" il paziente alla consapevolezza della fame e della sazietà, incoraggiandolo ad alimentarsi solamente in risposta ai segnali di appetito, piuttosto che in risposta a segnali ambientali, cognitivi o affettivi; il focus principale sarà quello di imparare a mangiare regolarmente, rispondendo a segnali di fame e sazietà moderati.

Si assume infatti che il paziente abbia in qualche modo imparato ad ignorare tali segnali corporei, ad esempio restringendo l'assunzione di cibo per lunghi periodi di tempo (diete), e che sia quindi necessario riaddestrare la persona ad "aumentare nuovamente il volume" dei segnali della fame.

Anche l'educazione e la discussione rispetto i vari segnali di fame e sazietà aiuterà lo sviluppo della consapevolezza rispetto al proprio appetito. Come le sensazioni fisiche, quali la pienezza di stomaco e il brontolio, viene incoraggiato il riconoscimento di altri segnali legati alla fame: segnali fisici (aumentata salivazione; desiderio di cibi particolari, spinta ad abbuffarsi, sentirsi stanchi, deboli, svogliati, apatici, insonnoliti, rallentati, senza energia, nauseati, con capogiri, infreddoliti, vacillanti, accelerati, con formicolio alle estremità, con mal di testa, ipersensibilità al rumore o alla luce, scarso controllo motorio), segnali emozionali (sentirsi irritabili, non motivati, irascibili, scontrosi, ansiosi, polemicisti, in lacrime, euforici, depressi, con sbalzi d'umore), segnali cognitivi (preoccupazioni caratterizzate da pensieri sul cibo o sull'alimentazione, maggior numero di pensieri negativi) e segnali comportamentali (leggere libri di ricette, guardare figure di cibo sui giornali, abbuffarsi, bere alcool, bere liquidi, masticare chewing gum, fumare).

Latner et al. sottolineano inoltre l'importanza di fare attenzione alla selezione della tipologia di cibi da introdurre nella dieta quotidiana; molti dei cibi che caratterizzano l'abbuffata non saziano molto e procurano una grande quantità di energia che però si esaurisce in fretta. Al fine di mantenere il cibo disponibile nel corpo per un più lungo periodo di tempo, per aumentare il senso di sazietà dopo aver mangiato e per ridurre la presenza di fame, le persone vengono incoraggiate ad aumentare la consumazione di cibi che saziano di più. Esistono tre principi di scelta del cibo per promuovere la sazietà:

- 1- Scegliere cibi di volume maggiore e di minore densità energetica (minestre, frutta, verdura, cibi integrali e ricchi di fibre).
- 2- Mangiare una maggiore proporzione di proteine. Questo diminuisce il successivo introito di cibo, sia nel breve (Latner, 2003; Latner e Schwartz, 1999) che nel lungo termine (de Castro, 1987) e riduce la presenza di abbuffate (Latner e Wilson, 2004).
- 3- Scegliere carboidrati che abbiano un maggior rilascio di energia e pertanto durino più a lungo.

L'incorporare cibi maggiormente sazianti nella dieta quotidiana può aiutare a diminuire il generale rischio di abbuffarsi.

Conclusioni

Rispetto alla classificazione nosografica del BED, la maggior parte degli studi riportati all'interno del presente lavoro si sono posti come obiettivo l'identificazione di elementi potenzialmente utili alla valutazione della possibilità di un'inclusione del BED nel DSM-V, in quanto diagnosi a sé stante.

Dall'analisi delle principali review riscontrate in letteratura, è possibile concludere che gli autori che si sono occupati dell'argomento concordano nel confermarne la validità e l'utilità clinica e quindi la possibilità di inserirne la diagnosi nel prossimo DSM-V.

Infatti, i criteri diagnostici del BED delineati nel DSM-IV sono stati riconosciuti in modo piuttosto compatto tra i vari ricercatori, ad eccezione del criterio relativo alla frequenza e alla durata, che nel DSM-V potrebbe diventare di tre mesi invece che sei.

Diversi indicatori di significatività clinica sostengono e dimostrano il rilievo clinico di questa patologia alimentare: l'alta % di prevalenza del BED, la chiara compromissione del funzionamento e la sofferenza dei soggetti che ne sono affetti, un elevato utilizzo dei servizi per la salute, la stabilità della sindrome, l'esistenza di diversi strumenti psicometrici per la sua valutazione, ma principalmente la specificità del BED rispetto alle sindromi ad esso simili: la Bulimia Nervosa e l'Obesità.

Alcuni autori sottolineano però come sia nel BED che nella BN sia presente un'eccessiva preoccupazione relativa alla forma e al peso corporeo, la quale causa una psicopatologia più significativa e una peggiore qualità di vita rispetto ai soggetti che non effettuano questo tipo di valutazione. Secondo questi autori tale caratteristica potrebbe essere inclusa nella quinta edizione del DSM in quanto criterio diagnostico del BED, dato che attualmente viene richiesto solo per la BN.

Rispetto alla validità dei criteri che definiscono un episodio di abbuffata, sono state ottenute evidenze miste; la maggior parte degli studi sulle caratteristiche di un episodio di abbuffata supporta il criterio che prevede che il senso soggettivo di perdita di controllo sul cibo sia presente durante l'episodio.

Nonostante ciò, esistono ancora discordanze in letteratura rispetto a questo tema, che richiederebbe quindi la necessità di effettuare ulteriori studi per riuscire a delinearne un quadro più chiaro.

Rispetto al trattamento, tra i diversi tipi di approcci che sono stati testati nel tempo, la CBT risulta essere quello di prima scelta per il BED, essendo peraltro quello più studiato e consolidato.

I pazienti sottoposti a CBT infatti mostrano percentuali di astinenza da abbuffata maggiori, rispetto sia a chi non riceve trattamento, sia a chi viene sottoposto a BWL, sia a chi assume il trattamento farmacologico. Non sembra invece produrre effetti significativamente diversi dall'IPT nella riduzione delle abbuffate. Risulta efficace nel miglioramento dei sintomi depressivi, dell'autostima e dell'adattamento sociale, ma non sembra contribuire alla perdita di peso e la percentuale dei soggetti che rispondono solo parzialmente al trattamento risulta ancora piuttosto elevata.

Un tentativo di ovviare a questa carenza e di incrementare la validità della CBT è rappresentato dal protocollo CBT-A, ideato partendo dal presupposto che i segnali di appetito e di sazietà giochino un ruolo centrale nell'attivare e mantenere attivo il disturbo, aspetto a cui la CBT standard aveva concesso scarsa attenzione. Nonostante ci sia la necessità di effettuare ulteriori studi al fine di chiarire i meccanismi biologici alla base del comportamento alimentare, sono molte le evidenze rispetto al ruolo della disregolazione dei segnali di fame e sazietà nei soggetti con Binge Eating Disorder.

La CBT-A adatta gli elementi relativi all'appetito agli strumenti terapeutici della CBT standard, mirando a favorire l'auto-regolazione dell'alimentazione attraverso un'accresciuta risposta ai segnali di fame e sazietà e una maggiore attenzione alla scelta di tipologie di cibo che massimizzino il senso di sazietà; nonostante si sia dimostrata efficace nella riduzione delle abbuffate e nella perdita di peso, questo approccio terapeutico al BED necessiterebbe di ulteriori studi e valutazioni che ne attestino in modo più sistematico la validità.

Bibliografia

- Abraham SF., Beumont PJ. (1982), How patients describe bulimia or binge eating?. *Psychological Medicine*; 12, 625-635.
- Agras WS. et al. (1994), One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*; 55, 179-183.
- Agras WS. et al. (1997), One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*; 65, 343-347.
- Alger SA. et al. (1991), Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behavior in normoweight bulimic and obese binge-eating subjects. *Am J Clin Nutr*; 53, 865-871.
- American Psychiatry Association (2001), Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*; 168, 1-62.
- APA - American Psychiatric Association, Steering Committee on Practice Guideline, Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders-third edition. Washington (DC): APA, 2006.
- APA – American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition-Test Revised (DSM-IV-TR). APA: Washington (DC).
- Appolinario JC. et al. (2002), Topiramate use in obese patients with binge eating disorder: an open study. *Can J Psychiatry*; 47, 271-273.
- Arnold et al. (2002), A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*; 63, 1028-1033.
- Arnow et al. (1992), Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*; 15, 155-170.
- Arnow et al. (1995), The Emotional Eating Scale: the Development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *Int J Eat Disord*; 18, 79-90.
- Barry DT. et al. (2003), Comparison of obese patients with binge eating disorder and non-obese patients with binge eating disorder. *J Nerv Ment Dis*; 191, 589-594.
- Blaine B., Rodman J. (2007), Responses to weight loss treatment among obese individuals with and without BED: a matched-study meta-analysis. *Eat Weight Disord*; 12, 54-60.
- Blashfield RK. et al. (1990), Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-V. *Comp Psychol*; 31, 15-19.
- Brown TA., Keel PK. (2012), Current and Emerging Directions in the Treatment of Eating Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*; 6, 33-61.
- Brownley et al. (2007), Binge Eating Disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J eat Disord*; 40, 337-348.
- Bulik CM. et al. (2000), An empirical study of the classification of eating disorder. *Am J Psychiatry*; 157, 886-895.

- Bulik CM. et al. (2002), Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord*; 32, 72-78.
- Busetto et al. (2005), Weight loss and post-operative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated with laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg*; 15, 195-201.
- Byers et al. (2002), American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention. Reducing the Risk of Cancer with Healthy Food Choices and Physical Activity. *CA Cancer Journal for Clinicians*; 52, 92-119.
- Carter JC. et al. (1998), Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol*; 66, 616-623.
- Castelfranchi C. et al. (2002), Fondamenti di cognitivismo clinico. *Bollati Boringhieri*; Torino.
- Claes L., Vandereycken W. (2007), Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients? *Eat Disord*; 15, 305-315.
- Claudino AM. et al. (2007), Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*; 68, 1324-1332.
- Colditz GA. et al. (1995), Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Annals of Internal Medicine*; 122, 481-486.
- Cooper Z., Fairburn CG. (2003), Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*; 34, 89-95.
- Craighead LW., Allen H.N. (1995), Appetite Awareness training: a cognitive behavioral intervention for binge eating. *Cognitive and Behavioral Practice*; 2, 249-270.
- Crow SJ. et al. (2002), Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Disord*; 32, 309-218.
- Dalle Grave R. et al. (1996), Binge eating disorder and weight cycling in obese subjects. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*; 1, 67-73.
- Dalle Grave R. et al. (1997), Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*; 4, 232-240.
- Dalle Grave R. (2001), Terapia Cognitivo Comportamentale dell'Obesità. *Positive Press*, Verona.
- Davis R. et al. (1988), A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*; 56, 273-279.
- Delinsky SS. et al. (2006), Binge eating and weight loss in a self-help behavior modification program. *Obesity*; 14, 1244-1249.
- Devlin MJ et al. (1997), Postprandial cholecystokinin release and gastric emptying in patients with bulimia nervosa. *Ann J Clin Nutr*; 65, 114-120.
- Devlin MJ. (2005), Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Research*; 13, 1077-1088.
- Devlin MJ. (2007), Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. *Obesity (Silver Spring)*; 15, 1702-1709.
- Devlin MJ. (2007), Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord*; 40, 83-88.

- Dicker SL., Craighead LW. (2004), Appetite-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating with purging. *Cognitive and Behavioral Practice*; 11, 213-221.
- Dingemans AE. et al. (2007), Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behav Res Ther*; 45, 2551-2562.
- Dohm FA. Et al. (2002), Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*; 32, 389-400.
- Eddy KT et al. (2009), Empirical identification and validation of eating disorder phenotypes in a multi-site clinical sample. *J Nerv Ment Dis*; 197, 41-49.
- Eisenmann J. et al. (2005), Relationship between adolescent fitness and fatness and cardiovascular disease risk factors in adulthood: the Aerobics Center Longitudinal Study (ACLS). *American Heart Journal*; 149, 46-53.
- Eldredge KL. et al. (1997), The relationship between perceived evaluation of weight and treatment outcome among individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 22, 43-49.
- Ellis A. (1989), Ragione ed emozione in psicoterapia. *Astrolabio*, Roma.
- Fairburn CG., Cooper Z. (1993), The eating disorder examination. In Fairburn CG., Wilson GT., Binge eating: nature, assessment and treatment. 12th ed. New York, Guilford Press; 317-332.
- Fairburn CG. et al. (1993), Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In Fairburn CG. et al., Binge eating: nature, assessment and treatment. New York, Guilford Press; 361-404
- Fairburn CG. (1997), Eating Disorder. In Clarke DM. et al., Science and practice of cognitive behavioral therapy. *Oxford University Press*, Oxford, pp. 209-241.
- Fairburn CG. et al. (1998), Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*; 55, 425-432.
- Fairburn CG, Cooper Z., Doll HA., Norman P., O'Connor M. (2000), The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*; 57, 659-65.
- Fairburn C. (1996), Come vincere le abbuffate. Un nuovo programma scientifico. *Positive Press*, Verona.
- Faravelli C. et al. (2006), Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom*; 75, 376-383.
- Fassino S. et al. (2004), Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*; 37, 168-174.
- Fichter M., Quadflieg N. (2007), Long-term stability of eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord*; 40, 61-66.
- Fitzgibbon ML., Kirschenbaum DS. (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese individuals seeking treatment. *Addictive Behaviors*; 15, 291-295.
- Fossati M. et al. (2004), Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*; 9, 134-138.

- Galanti K. et al. (2007), Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *Int J Eat Disord*; 40, 727-732.
- Garner DM. et al. (1997), Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In Garner et al., *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, New York, pp. 94-144.
- Geliebter A. et al. (1992), Gastric capacity, gastric emptying, and test-meal intake in normal and bulimic woman. *American Journal of Clinical Nutrition*; 56, 656-661.
- Geliebter A., Hashim SA. (2001), Gastric capacity in normal, obese and bulimic woman. *Physiol Behav*; 74, 743-746.
- Geliebter A. et al. (2005), Plasma ghrelin concentrations are lower in binge-eating disorder. *J Nutr*; 135, 1326-1330.
- Geraciotti TD. et al. (1988), Impaired cholecystokinin secretion in bulimia nervosa. *New England Journal of Medicine*; 319, 683-688.
- Gladis MM. et al. (1998), Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care?. *J Psychosom Res*; 44, 375-384.
- Goldfein JA. et al. (1993), Eating behavior in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 14, 427-431.
- Gorin AA. et al. (2003), Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 33, 421-433.
- Gormally J et al. (1982), the assessment of binge-eating severity among obese persons. *Addict Behav*; 7, 47-55.
- Greeno CG. et al. (1999), How many donuts in a “binge”? Women with BED eat more but do not have more restrictive standards than weight-matched non-BED women. *Addict Behav*; 24, 299-303.
- Greeno CG. Et al. (2000), Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*; 68, 95-102.
- Grilo CM., Shiffman S., Carter-Campbell JT (1994), Binge eating antecedents in normal-weight nonpurging females: is there consistency?. *Int J Eat Disord*; 16, 239-249.
- Grilo CM., Masheb RM., Wilson GT. (2001), Different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder: a replication. *Obes Res*; 9, 418-22.
- Grilo CM. et al. (2005), Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry*; 57, 301-309.
- Grilo CM. et al. (2005), A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive-behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther*; 43, 1509-1025.
- Grilo CM, Allison KC, Masheb RM, Stunkard AJ (2005), Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *J Consul Clin Psychol*; 73, 1107-1115.
- Grilo CM. et al. (2011), Cognitive-Behavioral Therapy, Behavioral Weight Loss, and Sequential Treatment for Obese Patients with Binge-Eating Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*; 79, 675-685.

- Gruza RA. et al. (2007), Prevalence and correlates of binge eating disorders in a community sample. *Compr Psychiatry*; 48, 124-131.
- Guertin TL., Conger AJ. (1999), Mood and forbidden foods' influence on perceptions of binge eating. *Addict Behav*; 24, 175-193.
- Guss JL., Kissileff HR., Devlin MJ., Zimmerli E., Walsh BT (2002), Binge size increases with body mass index in subjects with binge eating disorder. *Obese Res*; 10, 1021-1029.
- Hansen DL. et al. (1999), The effect of sibutramine on energy expenditure and appetite during chronic treatment without dietary restriction. *Int J Obes Rel Met Disord*; 23, 1016-1024.
- Hasler G. et al. (2004), The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. ; 34, 1047-1057.
- Hayaki J. et al. (2002), Shame and severity of bulimic symptoms. *Eat Behav*; 3, 73-83.
- Heatherton TF., Baumeister RF. (1991), Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*; 110, 86-108.
- Herpertz S. et al. (2011), The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*; 108, 678-85.
- Hilbert A., Tuschen-Caffier B. (2002), Body image exposure within cognitive-behavioral therapy of binge eating disorder. Paper presented at the annual meeting of the Eating Disorders Research Society; Charleston, SC.
- Hilbert A. et al. (2012), Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*; 200, 232-237.
- Holm-Denoma JM. et al. (2007), Classification of eating disorders. See Wonderlich et al., 2007, pp. 125-136.
- Howard CE, Porzelius LK (1999), The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clin Psychol Rev*; 19, 25-44.
- Hudson J. et al. (1988), Bulimia in obese individuals: relationship to normal weight bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 176, 144-152.
- Hudson JI et al. (2007), The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatr*; 61, 348-58.
- Hudson J. (2008), 2.5 year follow-up study of binge eating disorder. Paper presented at the Eating Disorders Diagnoses and Classification Conference, Washington D.C., September.
- Hudson MD. et al. (2012), By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder?. *Int J Eat Disord*; 45, 139-141.
- Iacovino JM. et al. (2012), Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Curr Psychiatry Rep*; 14, 432-446.
- Jacobs JM. et al. (2004), Interpersonal Psychotherapy for Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. In Brewerton TD., *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach*; pp. 449-471. Marcel Dekker Corporation; New York-Basel.

- Jacobs JM. et al. (2004), Interpersonal Psychotherapy for Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. In Brewerton TD., *Clinical Handbook of Eating Disorders. An Integrated Approach*; pp. 449-471. Marcel Dekker Corporation; New York-Basel.
- Jimerson DC., Wolfe BE. (2004), Neuropeptides in eating disorders. *CNS Spectrums*; 9, 516-522.
- Johnson JG., Spitzer RL., Williams BW (2001), Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med*; 31, 1455-1466.
- Johnson WG. et al. (2003), An experimental investigation of DSM-IV binge-eating criteria. *Eat Behav*; 4, 295-303.
- Keel PK, Brown TA (2010), Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*; 43, 195-204.
- Kendell R., Jablensky A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*; 160, 4-12.
- Klerman GL. et al. (1994), *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books: New York.
- Kolotkin RL. et al. (1987), Binge eating in obesity: associated MMPI characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 55, 872-876.
- Kruger S. et al. (2000), Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. *J Psychiatr Neurosci*; 25, 497-508.
- Latner JD. et al., *Appetite-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating*. In Latner JD., Wilson G. (2007), *Self-help Approaches for Obesity and Eating Disorders: Research and Practice*; Guilford Pubn.
- Latner J.D., Clyne C. (2008), The Diagnostic Validity of the Criteria for Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*; 41, 1-14.
- Le Grange D. et al. (2001), Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview?. *Eur Eat Disord Rev*; 9, 309-324.
- Linehan MM., Chen EY. (2005), Dialectical behavior therapy for eating disorders. In Freeman A., *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer, New York; pp. 168-171.
- Lorenzini R., Sassaroli S. (2000), *La mente prigioniera: strategie di psicoterapia cognitive*. Raffaello Cortina, Milano.
- Marcus et al. (1990), A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine in the treatment of obese binge eaters and non binge eaters. *American Journal of Psychiatry*; 147, 876-881.
- Marcus MD. (1993), Binge eating in obesity. Fairburn CG. et al., *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York; Guilford, 77-96.
- Marcus MD et al. (1995), Cognitive treatment of binge eating versus behavioral weight control in the treatment of binge eating disorders. *Annals of Behavioral Medicine*; 17, 90.
- Marcus MD. (1995a), Binge eating and obesity. Fairburn et al., *Eating disorder and obesity: a comprehensive handbook*. New York; Guilford, 441-444.
- Marcus MD et al. (2004), Use of Dialectical Behavior Therapy in the Eating Disorders. In Brewerton TD. *Clinical Handbook of eating Disorders. An Integrated Approach* (pp. 473-488). Marcel Dekker Incorporation: New York-Basel.

- Martin CK. et al. (2000), Criterion validity of the multiaxial assessment of eating disorders symptom. *Int J Eat Disord*; 28, 303-310.
- Masheb RM., Grilo CM. (2000), Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Compr Psychiatry*; 41, 159-162.
- Masheb RM, Grilo CM. (2004), Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord*; 9, 194-199.
- McCann UD. et al. (1990), Successful treatment of non-purging bulimia nervosa with desipramine: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*; 147, 1509-1513.
- McElroy et al. (2000), Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry*; 157, 1004-1006.
- McElroy SL. et al. (2003), Citalopram in the treatment of binge eating disorder: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*; 64, 807-813.
- McElroy SL. (2004), Zonisamide in the treatment of binge eating disorder: an open-label, prospective trial. *J Clin Psychiatry*; 65, 50-56.
- Meyer C., Waller G., Watson D. (2000), Cognitive avoidance and bulimic psychopathology: the relevance of temporal factors in a nonclinical population. *Int J Eat Disord*; 27, 405-410.
- Mitchell J.E. et al. (1999), Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 26, 165-170.
- Mitchell et al. (2007), Latent profile analysis of a cohort of patients with eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*; 40, 95-98.
- Mond J. et al. (2006), Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *Int J Eat Disord*; 39, 294-302.
- Mond JM. et al. (2007), Recurrent binge eating with and without the “undue influence of weight or shape on self-evaluation”: implications for the diagnoses of binge eating disorder. *Behav Res Ther*; 45, 929-938.
- Monteleone P. et al. (2005), Investigation of peptide YY and ghrelin responses to a test meal in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*; 57, 926-931.
- Munsch S. et al. (2007), A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 40, 102-113.
- Mussell MP. et al. (1996), Clinical characteristics associated with binge eating in obese female: a descriptive study. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 20, 324-331.
- Nasser JA., Gluck ME., Geliebter A. (2004), Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women”. *Appetite*; 43, 303-307.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference draft Statement (1991), Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Obes Surg*; 1, 257-266.
- Ogden CL. et al. (2007), The epidemiology of obesity. *Gastroenterol*; 132, 2087-2102.

- Ostuzzi R., Luxardi G. (2003), Figlie in lotta con il cibo. *Baldini, Castoldi, Dalai*.
- Pearlstein T. et al. (2003), A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge-eating disorder: a high placebo response. *Arch Womens Ment Health*; 6, 147-151.
- Patton CJ. (1992), Fear of abandonment and binge eating. A subliminal psychodynamic activation investigation. *J Nerv Ment Dis*; 180, 484-490.
- Pendleton VR. et al. (2002), Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*; 31, 172-184.
- Peterson CB. et al. (1998), Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *Int J Eat Disord*; 24, 125-136.
- Picot AK., Lilienfeld LRR. (2003), The relationship among binge severity, personality psychopathology and body mass index. *Int J Eat Disord*; 34, 98-107.
- Polivy J., Herman C. (1976), Clinical depression and weight change: a complex relation. *Journal of Abnormal Psychology*; 85, 601-606.
- Polivy J., Herman C. (1993), Etiology of binge eating: Psychological mechanism. In Fairburn CG. et al., *Binge eating: nature, assessment and treatment*. Guilford Press, New York; pp. 173-205.
- Porzelius et al. (1995), Comparison of a standard behavioural weight loss treatment and a binge eating weight loss treatment. *Behavior Therapy*; 26, 119-134.
- Prather RC., Williamson DA. (1988), Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *Int J Eat Disord*; 7, 177-184.
- Preti A. et al. (2009), The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*; 43, 1125-32.
- Raymond NC et al. (2003), Energy intake patterns in obese woman with binge eating disorder. *Obes Res*; 11, 869-879.
- Raymond NC., Bartholome LT., Lee SS., Peterson RE., Raatz SK. (2007), A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *Int J Eat Disord*; 40, 67-71.
- Reichborn-Kjennerud T. et al. (2004), Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obese Res*; 12, 1445-1454.
- Ricca et al. (1998), Disturbo da Alimentazione Incontrollata. *Giornale Italiano di Psicopatologia*; 2, 223-239.
- Ricca V., Castellini G., Faravelli C. (2009), Binge eating disorder: caratteristiche psicopatologiche. *Nòos*; 119-146 .
- Ricca et al. (2001), Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behavior therapy in binge eating disorder: a one-year follow-up study. *Psychotherapy and psychosomatics*; 70, 298-306.
- Rieger E. et al. (2005), A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 37, 234-240.
- Riva G. et al. (2003), Six-month follow-up of inpatient experiential cognitive therapy in the treatment of binge-eating disorders. *Cyberpsychology & Behavior*; 6, 251-258.

- Root MPP., Fallon P. (1989), treating the victimized bulimic. *Journal of Interpersonal Violence*; 4, 90-100.
- Rosval L. et al. (2006), Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning or attention?. *Int J Eat Disor*; 39, 590-593.
- Safer DL. et al. (2011), Binge eating e Bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale. *Raffaello Cortina Editore*, Milano.
- Santonastaso P. et al. (1999), Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*; 25, 215-218.
- Saunders R. (1999), Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obes Surg*; 9, 72-76.
- Schlup B. et al. (2009), The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther*; 47, 628-635.
- Sisko R., Timothy Walsh B., Terence Wilson G. (2007), Expectancies, dietary restraint and test meal intake among undergraduate women. *Appetite*; 49, 30-37.
- Smink F.R.E., Van Hoeken D., Hoek H.W. (2012), Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*; 14, 406-414.
- Spitzer RL. et al. (1992), The Structured Clinical Interview for DSM-III-RV (SCID). *Arch Gen Psychiatry*; 49, 624-29.
- Stice E. et al. (2000), Negative affect moderates the relation between dieting and binge eating. *Int j eat Disord*; 27, 218-229.
- Striegel-Moore RH et al. (1998), Binge eating in obese community sample. *Int J Eat Disord*; 23, 27-37.
- Striegel-Moore RH. et al. (2000), Subthreshold binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 27, 270-278.
- Striegel-Moore et al. (2005), An empirical study of the typology of bulimia nervosa and its spectrum variants. *Psychol Med*; 35, 1563-1572.
- Striegel-Moore RH, Franko DL (2006), Epidemiology of eating disorders. *Annual review of eating disorders*; 65-80.
- Striegel-Moore RH, Franko DL (2008), Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu rev Clin Psychol*; 4, 305-24.
- Stunkard A.J. (1959), Eating pattern and Obesity. *Psychiatric Quarterly*; 33, 284-295.
- Stunkard AJ. et al. (2003), Binge Eating Disorder: Disorder or Marker? *Int J Eat Disors*; 34, 107-116.
- Swanson SA et al. (2011), Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*; 68, 714-23.
- Sysko R. et al. (2007), Satiety and test meal intake among women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 40, 554-561.
- Tanofsky-Kraff M., Yanovski SZ. (2004), Eating disorder or disordered eating? Non-normative eating patterns in obese individuals. *Obes Res*; 12, 1361-1366.
- Telch CF. et al. (1990), Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: an initial evaluation. *J Consult Clin Psychol*; 58, 629-635.

- Telch CF. et al. (1994), Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?. *Int J Eat Disord*; 15, 53-61.
- Telch CF., Agras WF. (1996), Do emotional states influence binge eating in the obese? *Int J Eat Disord*; 20, 271-279.
- Tobin DL. et al. (1997), An examination of subtype criteria for bulimia. *Int J Eat Disord*; 22, 179-186.
- Todisco P., Vinai P. (2008), La Fame Infinita. Manuale di diagnosi e terapia del disturbo da alimentazione incontrollata. *Centro Scientifico Editore*.
- Todisco P., Vinai, P. (2009), La terapia del binge eating disorder. *Nòos*; 2, 175-185.
- Tronci A. (2008), Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata. *Psicoterapeuti in-formazione*; 2, 35-39.
- Ventura M., Bauer B. (1999), Empowerment of women with purging-type bulimia nervosa through nutritional rehabilitation. *Eating and Weight Disorders*; 4, 55-62.
- Vervaet M. et al. (2004), Binge eating disorder and non-purging bulimia: more similar than different?. *Eur Eat Disord Rev*; 12, 27-33.
- Vinai P. et al. (2006), Is BED a particular pathology? Answers from different points of view. *Workshop presented at the Academy for Eating Disorder annual meeting, Barcelona, Spain*.
- Vinai P. , Todisco P. (2007), Quando le emozioni diventano cibo. **Edizioni Libreria Cortina Milano**.
- Waller G. (2003), The psychology of binge eating. In Fairburn et al., *Eating disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. Guilford Press, New York, pp. 98-107.
- Walsh BT., Boudreau G. (2003), Laboratory studies of binge eating disorder. *Int J eat Disord*; 34, 30-38.
- Wegner KE. et al. (2002), An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *Int J Eat Disord*; 32, 352-361.
- Weltzin TE. et al. (1991), feeding patterns in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*; 30, 1093-1110.
- Wentzlaff TM. Et al. (1995), Subjective ratings as a function of amount consumed: a preliminary report. *Physiol Behav*; 57, 1209-1214.
- Wilfley DE. et al. (1993), Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 61, 296-305.
- Wilfley DE. et al. (2000), Using the eating disorder examination to identify the specific pathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 27, 259-269.
- Wilfley DE. et al. (2000), Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *J Consul Clin Psychol*; 68, 641-649.
- Wilfley DE. et al. (2002), A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 59, 713-721.
- Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS (2003), The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 34, 96-106.

- Wilson G.T. et al. (1993), Assessment of binge eating in obese patients. *Int J Eat. Disor*; 13, 25-33.
- Wilson GT. et al. (2010), Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 67, 94-101.
- Wisniewsky L., Kelly E. (2003), The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*; 10, 131-138.
- Wonderlich S.A. et al. (2003), Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual and clinical implications. *Psychopharmacological Bulletin*; 33, 381-390.
- Wonderlich S. et al. (2009), The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*; 42, 687-705.
- Yanovsky SZ et al. (1992), Food selection and intake of obese women with and without binge eating disorders. *Am J Clin Nutr*; 56, 979-980.
- Yanovsky SZ. et al. (1993), Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*; 150, 1472-1479.
- Yanovsky SZ. et al. (2002), *Obesity*. *N Engl J Med*; 346, 591-602.
- Yanovsky SZ. (2003), Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord*; 34, 117-120.