

Predittori dei risultati nel trattamento con l'**obesità** e il **disturbo da binge-eating** (abbuffate compulsive)

Introduzione

Il **Disturbo da abbuffate compulsive (BED)** è una diagnosi di disturbo alimentare inclusa nella 5a edizione del manuale diagnostico e statistico dei disordini mentali (DSM-V). Il BED è caratterizzato da **ripetute abbuffate senza** l'uso di regolari comportamenti compensativi presenti nella **bulimia nervosa**. Un consumo eccessivo di cibo senza compensazione aumenta il rischio di sviluppo dell'obesità, a sua volta associato a numerosi problemi medici (Eckel, 2008). I pazienti che si presentano per il trattamento di BED sono di solito obesi. L'organizzazione mondiale della sanità (OMS, 2012) definisce l'obesità come grave sovrappeso quando l'indice di massa corporea (BMI) equivale o è superiore a 30. I pazienti con BED hanno livelli di disagio psicologico più alti rispetto alle persone senza il disturbo.

Con la letteratura e le linee guida in mente i ricercatori hanno ipotizzato come la presenza di certe caratteristiche psicologiche possano influenzare i risultati e la partecipazione a un trattamento a breve termine dei pazienti. Per questo motivo, i pazienti con BED e obesità, sono stati forniti di questionari di auto report prima e dopo un programma di trattamento psicoterapeutico.

Metodo

I partecipanti sono stati 212 pazienti adulti di sesso femminile che hanno incontrato i criteri di ricerca per BED. Sono stati ammessi ad un percorso di trattamento psicoterapeutico dall'aprile 2006 all'aprile 2008 ad Amaram in Olanda. Dei 212 pazienti, 182 pazienti hanno completato il trattamento e 30 pazienti hanno interrotto il trattamento prematuramente. L'età media dei 182 pazienti è stata di 35,1 anni, il BMI medio è stato di 42. Ai pazienti con BED e obesità è stato offerto un intervento di gruppo di un giorno alla settimana per 20 settimane. L'assenza massima è stata di 3 giorni su 20 settimane. L'intervento di 1 giorno conteneva 3 blocchi (75 minuti) composti da una terapia cognitiva, la registrazione del diario alimentare e una terapia psicomotoria. Accanto al programma principale tutti i pazienti hanno partecipato a 6 riunioni di gruppo aggiuntive (90 minuti) con il loro partner o parente più vicino. L'obiettivo principale del trattamento è stato quello di riprendere il controllo sul binge eating e di stabilire comportamenti alimentari strutturati. Ciò è stato ottenuto attraverso la modificazione comportamentale e la ristrutturazione cognitiva. Obiettivo del trattamento era la prevenzione dell'aumento di peso e non la perdita di peso.

Discussione

Il presente studio mostra come una maggiore inclusione sociale, minori sintomi depressivi (valutati al test BDI), minori sintomi agorafobici (valutati al test SCL-90), una personalità introversa ma comunque aperta, così come un minor nevroticismo (NEO-PI-R), predicano un esito favorevole del trattamento a breve termine. La conoscenza delle caratteristiche comportamentali e di personalità dei pazienti sembra contribuire a una migliore previsione del risultato del trattamento.

Il confronto tra chi ha completato il percorso e chi l'ha interrotto mostra differenze interessanti su diverse misure che confermano i risultati ottenuti. I pazienti del drop-out (abbandono) mostrano punteggi più bassi riguardo all'inclusione sociale, sintomi depressivi, più ansia e problemi somatici. Le persone con maggior **coscienziosità** hanno più probabilità di completare il percorso, si suppone che l'assenza di questo aspetto renda le persone meno in grado di responsabilizzarsi e le spinge a smettere di curarsi prematuramente.