

Bulimia nervosa

La bulimia nervosa è caratterizzata da episodi ricorrenti di abbuffate seguiti da una qualche forma di condotta di compensazione inappropriata, quali purghe (vomito autoindotto, lassativi o abuso di diuretici), digiuno o esercizio fisico guidato; questi episodi si verificano, in media, almeno 1 volta/settimana per 3 mesi. La diagnosi si basa sull'anamnesi e sull'esame clinico. Il trattamento è costituito da terapia psicologica e antidepressivi.

La bulimia nervosa colpisce circa l'1,6% delle adolescenti e giovani adulte e lo 0,5% degli uomini della stessa età. Questi soggetti sono costantemente ed eccessivamente preoccupati della propria forma fisica e del peso corporeo. A differenza dei pazienti con anoressia nervosa, quelli affetti da bulimia nervosa hanno un peso normale o sono sovrappeso.

Sintomatologia della bulimia nervosa

Usualmente i pazienti con bulimia nervosa descrivono comportamenti di abbuffate con condotte di eliminazione. L'abbuffata consiste in un rapido consumo di una quantità di cibo decisamente maggiore rispetto a quanto la maggior parte delle persone mangerebbe in un simile periodo di tempo ed in simili circostanze (tuttavia, il quantitativo considerato eccessivo per un pasto normale contro un pasto "vacanza" può differire) accompagnato da sentimenti di perdita del controllo.

I pazienti tendono a consumare alimenti dolci, ipercalorici (p. es., gelati, torte) durante gli episodi di abbuffata. La quantità di cibo consumato durante un'abbuffata è variabile, implicando a volte migliaia di calorie. Le abbuffate tendono a essere episodiche, sono spesso innescate da stress psicosociali, possono verificarsi anche numerose volte durante la giornata e vengono di solito compiute di nascosto.

L'abbuffata è seguita da comportamenti compensativi: vomito autoindotto, uso di lassativi o diuretici, esercizio fisico eccessivo e/o digiuno.

I pazienti sono in genere di peso normale; una minoranza è in sovrappeso o obesa. Tuttavia, i pazienti sono eccessivamente preoccupati per il loro peso corporeo e/o per la loro forma; sono spesso insoddisfatti dei loro corpi e pensano di aver bisogno di perdere peso.

I pazienti con bulimia nervosa tendono a mostrare maggiore consapevolezza, rimorsi o sensi di colpa per i loro comportamenti rispetto a quelli con anoressia nervosa e hanno più probabilità di ammettere le loro preoccupazioni quando interrogati da un clinico empatico. Sono inoltre meno socialmente isolati e più inclini al comportamento impulsivo, all'abuso di sostanze e alcol e alla depressione conclamata. Depressione, ansia (p. es., per quanto riguarda peso e/o situazioni sociali) e disturbi d'ansia sono comuni tra questi pazienti.

Diagnosi della bulimia nervosa

- Criteri clinici

I criteri clinici della diagnosi di bulimia nervosa comprendono i seguenti:

- Ricorrenti episodi di abbuffate (il consumo incontrollato di quantità insolitamente elevate di cibo) che sono accompagnati dalla sensazione di perdere il controllo sul mangiare e che si verificano, in media, almeno 1 volta/settimana per 3 mesi
- Ricorrenti comportamenti inadeguati di compensazione per influenzare il peso corporeo (in media, almeno 1 volta/settimana per 3 mesi)
- Autovalutazione che è indebitamente influenzata dalla forma del corpo e preoccupazioni per il peso

Trattamento della bulimia nervosa

- Terapia cognitivo-comportamentale
- Psicoterapia interpersonale
- Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

La terapia cognitivo-comportamentale è il trattamento di scelta per la bulimia nervosa. La terapia solitamente comporta 16-20 sedute individuali per 4-5 mesi, sebbene possa anche essere svolta come terapia di gruppo. Il trattamento ha lo scopo di

- Aumentare la motivazione al cambiamento
- Sostituire l'alimentazione disfunzionale con uno schema regolare e flessibile
- Diminuire l'eccessiva preoccupazione per forma e peso del corpo
- Prevenire la recidiva

La terapia cognitivo-comportamentale elimina abbuffate e condotte di eliminazione in circa il 30-50% dei pazienti. Molti altri mostrano un miglioramento; alcuni abbandonano il trattamento o non rispondono. Il miglioramento è solitamente ben mantenuto nel lungo termine.

Nella psicoterapia interpersonale l'enfasi è su come aiutare i pazienti a identificare e modificare gli attuali problemi interpersonali, che possono mantenere il disturbo alimentare. Il trattamento è non direttivo e non interpretativo e non si concentra direttamente sui sintomi del disturbo alimentare. La psicoterapia interpersonale può essere considerata un'alternativa quando la terapia cognitivo-comportamentale non è disponibile.

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina da soli riducono la frequenza di abbuffate e vomito, nonostante non siano noti i risultati a lungo termine. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono efficaci anche nel trattamento di ansia e depressione in comorbilità. La fluoxetina è approvata per il trattamento della bulimia nervosa; una dose di 60 mg per via orale 1 volta/die è raccomandata (questa dose è superiore a quella tipicamente utilizzata per la depressione).