

DIABETE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Il diabete mellito (DM) tipo 1 è una delle malattie croniche più comuni in età evolutiva. La non rara coesistenza con un disturbo del comportamento alimentare (DCA) complica in maniera significativa la gestione di entrambe le patologie.

La tabella mostra la prevalenza delle diverse forme di DCA nei diabetici (1).

Prevalenza DCA nei diabetici				
	Anoressia Nervosa (AN)	Bulimia Nervosa (BN)	<i>Binge Eating Disorder</i> (BED)	Disturbi non altrimenti specificati (EDNOS)
DM1	17%	31%	25%	28%
DM2	-	19%	59%	-

Questi dati epidemiologici si spiegano con il fatto che diversi **aspetti specifici del regime** che un **diabetico** deve adottare per un ottimale controllo metabolico, **possono diventare fattori di rischio e di mantenimento per un DCA**.

Diabete mellito tipo 1

Dieta controllata, calcolo dei carboidrati ed esercizio fisico sono fattori fondamentali per il controllo glicemico e per ottimizzare l'efficacia della terapia insulinica nel DM1, ma possono rappresentare la causa di perdita di controllo, abbuffate o, viceversa, di restrizione eccessiva e iperattività per contrastare l'aumento di peso.

La stessa terapia insulinica può causare aumento di peso e molte pazienti con l'ossessione delle forme corporee, tipica del DCA, omettono spesso le dosi di insulina allo scopo di ottenere un dimagrimento, incuranti delle gravissime conseguenze, dalla cheto-acidosi al coma.

Oltre alle gravi complicanze acute di questo comportamento disfunzionale, che prende il nome di **diabulimia**, anche il **controllo glicemico** nel tempo è **peggiore** e si hanno valori molto elevati di HbA1c, con maggiore rischio di danni vascolari, quali la retinopatia, che compaiono tanto più precocemente quanto più è grave il DCA. Il rischio di mortalità è maggiore nei pazienti che associano DM e AN rispetto a quello riferibile alle due patologie considerate singolarmente (2).

La gestione di queste condizioni richiede un **approccio multidisciplinare**, con un *team* che veda la collaborazione di diabetologo/endocrinologo, nutrizionista, psicologo e, spesso, anche psichiatra, poiché il trattamento di queste/i giovani pazienti deve combinare la terapia del diabete, il *management* nutrizionale e la psicoterapia.

In un paziente adolescente o giovane adulto con **DM1 va sospettato un DCA** nel caso in cui:

1. il controllo metabolico sia inspiegabilmente insoddisfacente;
2. compaiano ripetuti episodi di cheto-acidosi e oscillazioni del peso corporeo;
3. il soggetto manifesti grande preoccupazione per le forme corporee.

Anche l'amenorrea, spesso presente nei DCA, può facilitare la diagnosi.

Per una diagnosi precoce di un eventuale DCA e per l'individuazione dei DCA sotto-soglia, è necessario un alto livello di attenzione tra i professionisti che si occupano degli adolescenti diabetici. La prevalenza è del 14% nei giovani pazienti con DM1, caratterizzati da tendenza alla restrizione calorica a causa di un'ideazione focalizzata sulle forme corporee (3), che determina minore *compliance* alla terapia insulinica con cattivo controllo glicemico. Una sintomatologia subclinica in pazienti con DM può portare a complicanze mediche a lungo termine e, se non trattati, a DCA più gravi.



Simonetta Marucci (simonetta.marucci@libero.it)
ASL1 Perugia, Residenza DCA Todi

Esiste una **correlazione tra uso improprio di insulina e sintomi psichici**; alcuni suggeriscono di prendere in considerazione la presenza di DCA prima di instaurare una terapia insulinica intensiva. Il *team* deve essere in grado di individuare l'eventuale presenza di *overeating*, la preoccupazione per peso e forme corporee e un uso improprio di insulina, per creare un contesto terapeutico che favorisca la *compliance*, riducendo il rischio di complicanze.

Diabete mellito tipo 2

Mentre per il DM1 il DCA segue l'esordio della malattia metabolica ed è facilitato dalla necessità di seguire regole precise, nel DM2 il disturbo alimentare, per lo più compulsivo (**BED**), **precede l'insorgenza del diabete** stesso (1), ed è tanto più frequente quanto maggiore è il BMI. Il DM2, infatti, sopraggiunge a un'età più avanzata, per cui in questo caso i DCA si manifestano molto prima del disordine metabolico.

Giovani con livelli clinici (6%) e subclinici (20%) di BED hanno livelli significativamente più alti di obesità, DCA in genere e sintomi depressivi, oltre a una qualità della vita compromessa.

La **prevalenza** di DCA-BED risulta del 3-9% tra gli obesi, del 10-30% in corso di diete restrittive e del 47% nei soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica, mentre tra i soggetti con DM2 la percentuale oscilla tra il 6 e il 20%: in questi soggetti si riscontrano anche disturbi legati ad ansia e depressione (4).

Si è ipotizzato che la restrizione alimentare e la preoccupazione per il peso imposte dai trattamenti per la cura del DM2, in analogia con quanto già detto per il DM1, possano essere fattori che predispongano al BED, in quanto episodi di abbuffate sono stati evidenziati in concomitanza del regime dietetico.

Nel 90% dei pazienti con DM2, affetti anche dalla patologia alimentare, il BED compare tra i 15 e i 35 anni, notevolmente prima della comparsa del DM2. Questo studio non indica che vi sia una maggior prevalenza del DCA nei pazienti con DM2 ma, piuttosto, correla la presenza del BED a quella dell'obesità, che è un ben noto fattore di rischio per lo sviluppo del DM2 (5).

Tra i fattori che influenzano maggiormente un insoddisfacente controllo metabolico nel DM2, gioca un ruolo importante la comorbilità psichiatrica, soprattutto la concomitanza di disturbi depressivi. Molti studi hanno confermato che un livello elevato di sintomi depressivi in pazienti con DM, indagati con test di auto-valutazione quali la *Binge Eating Scale* (BES) e la *Beck Depression Inventory* (BDI), correla con un'aumentata prevalenza di complicanze cliniche.

Alcuni dati sembrano suggerire che il **BED conferisca un rischio più elevato di DM2 e sindrome metabolica rispetto all'obesità**, e l'ipotesi avanzata è che il rapido consumo di cibo indotto dal DCA e dai disturbi dell'umore possa aumentare lo *stress* ossidativo e di conseguenza la risposta infiammatoria coinvolta nello sviluppo della patologia (6).

I motivi della forte connessione tra BED e depressione negli obesi non sono chiari, ma la partecipazione a programmi per il controllo del peso può portare a un miglioramento reciproco delle due patologie, oltre che delle condizioni generali di salute.

Conclusioni

Nella valutazione clinica del paziente con DM e DCA occorre:

1. integrare l'approccio nutrizionale con la valutazione della composizione corporea (tramite bioimpedenziometria) e con una valutazione psicologico/psichiatrica (colloquio psichiatrico, SCID I e II, MMPI, TCI, EDI 2, BULIT-R, QSO, BES, BED);
2. diagnosticare e trattare le complicanze mediche, ma anche stimolare motivazione e collaborazione al trattamento, che può contribuire a ristabilire un'alimentazione adeguata per quantità, qualità e regolarità e migliorare il peso corporeo;
3. correggere convinzioni e atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso corporeo, aumentare l'auto-stima e cercare di prevenire le ricadute, attraverso l'approccio terapeutico maggiormente condiviso nel trattamento dei DCA, che è la terapia cognitivo-comportamentale (7);
4. non trascurare i disturbi psichiatrici associati e cercare la collaborazione dei familiari, fornendo loro sostegno e informazioni.

Questi dati rivestono un importante significato nei programmi di Salute Pubblica, poiché trattando i DCA si ottengono risultati migliori e più duraturi rispetto al controllo metabolico del DM, riducendo i rischi di complicanze.

Bibliografia

1. Herpertz S, et al. Comorbidity of diabetes and eating disorders: does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care* [1998, 21: 1110-6](#).
2. Rydall AC, et al. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* [1997, 336: 1849-54](#).
3. Wisting L, et al. Eating patterns in adolescents with type 1 diabetes: associations with metabolic control, insulin omission, and eating disorder pathology. *Appetite* [2017, 114: 226-31](#).
4. TODAY Study Group, Wilfley D, et al. Binge eating, mood, and quality of life in youth with type 2 diabetes: baseline data from the today study. *Diabetes Care* [2011, 34: 858-60](#).
5. Hudson JI, et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr* [2010, 91: 1568-73](#).
6. Gorin AA, et al. Binge eating and weight loss outcomes in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. Results from the Look AHEAD trial. *Arch Gen Psychiatry* [2008, 65: 1447-55](#).
7. Palavras MA, et al. The efficacy of psychological therapies in reducing weight and binge eating in people with bulimia nervosa and binge eating disorder who are overweight or obese - A critical synthesis and meta-analyses. *Nutrients* [2017, 9: 299](#).