

Drunkoressia: diagnosi e trattamento di un caso complesso

Maurizio Campana*, Paola Milanese*

Anamnesi

Paziente femmina, 29 anni, istruzione universitaria, impiegata, convivente.

Atleta, come pure il compagno.

Esordio anoressico a circa 13 anni, dopo episodi di abusi da parte di figure adulte.

In quegli anni ha messo in atto, rapidamente e spontaneamente, correttivi sia in ambito nutrizionale che comportamentale, ottenendo una remissione dell'anoressia.

Poco dopo si manifestano però episodi di binge-eating, progressivamente più frequenti e sempre accompagnati da vomito auto-indotto a scopo compensativo.

È stata quindi in cura presso una struttura privata ambulatoriale, con nutrizionista e supporto psicologico ottenendo risultati apprezzabili senza mai del tutto interrompere episodi di binge e vomito che attualmente si manifestano con frequenza circa mensile.

In età adolescenziale inizia l'uso di cannabinoidi, con modalità rapidamente intense, in termini di craving e frequenza, per poi abbandonare dopo circa un anno il consumo, senza mai ricadervi. In quegli anni l'alcol è stato spesso presente, ma senza apparenti eccessi.

Negli ultimi anni si è consolidato un consumo, quasi rituale, serale di Gin, per ben concludere le serate *rilassandosi*.

Da qualche mese però l'uso di Gin è divenuto pluriquotidiano, non solo serale, ma sempre più in modo *funzionale* alla gestione della quotidianità.

Usa come esempio l'intensa attività fisica, solo occasionalmente con finalità compensative; ha scoperto il ruolo dell'alcol nel ridurre la fatica e non più solo come rilassante post-performance. L'alcol d'abuso è solo il Gin anche se talvolta usa birra ma solo in contesti conviviali, in pizzeria. Nega uso presso e/o attuale di altre sostanze d'abuso e/o altri comportamenti di addiction.

È in terapia con Citalopram 13 gtt/die.

Valutazione clinica

Inquadramento diagnostico con DSM-5: disturbo da uso di alcol, grave (303.90-F10.2), bulimia nervosa con condotte di eliminazione (307.51-F50.2).

E.O.: nulla di particolare rilevanza clinica, buone condizioni cliniche generali.

Valutazione psicologica

Valutazione psicologica tramite colloqui clinici e test: EDE-Q, ABQ, PAI - Personality Assessment Inventory, SCID-5-PD.

* S.C. Ser.D., ASST Bergamo-Est.

Fasi dell'intervento

Viene immediatamente intrapreso un trattamento con Sodio-Oxibato, al dosaggio di 20 ml in prima giornata e poi 30 ml/die per 21 giorni.

Il dosaggio è stato successivamente ridotto a 20 ml/die, per altri 90 giorni, e poi la paziente ha richiesto, ed ottenuto, un programma di "mantenimento a basso dosaggio" con Sodio-Oxibato (10 ml/die), che assumeva solo al termine della giornata lavorativa.

È stato contestualmente introdotto l'uso di Naltrexone al dosaggio di 50 mg/die.

Il trattamento con l'antagonista oppiaceo prosegue tuttora, dopo l'interruzione della terapia con Sodio-Oxibato.

La compliance generale è stata ottima e la scomparsa di episodi di binge-drinking e binge-eating è stata rapida.

Nell'anno di osservazione sono stati sporadici gli episodi di binge con alcol e/o cibo.

Dopo la rapida stabilizzazione clinica alla paziente è stato offerto un programma di psicoterapia individuale che prosegue tuttora.

Discussione

Il caso descritto ben rientra nella tipologia di pazienti con significativa comorbidità clinica, che i nostri servizi si trovano a trattare sempre più spesso, e che rafforza i concetti evidenziati dalla cosiddetta teoria transdiagnostica, la quale tende ad apportare un significativo contributo al superamento degli steccati diagnostici, purtroppo confermati anche nel DSM-5, proponendo una visione più ampia ed estesa della complessità nosologica.

In questo caso, alla storia di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) insorti nella pre-adolescenza, si è sovrapposto un disturbo da uso di alcol (DUA) inquadrabile come drunkoressia.

Il trattamento farmacologico con Sodio-Oxibato prima e con Naltrexone poi, unitamente all'intervento psicoterapeutico individuale ha favorito il miglioramento del quadro clinico nella sua complessità fenomenologica rendendo indistinguibile, alla fine, il ruolo sul singolo disturbo da parte del singolo farmaco. Si intravede, oltre alla teoria transdiagnostica un nuovo approccio terapeutico che, azzardiamo ad etichettare, come transfarmacologico.

Riferimenti bibliografici

1. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 509-528.
2. Gadalla T., Piran N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*, 10: 133-140.