

100 domande

Collana diretta da Daniele Berto

Disturbi dell'alimentazione: traiettorie di sviluppo, fasi evolutive, trattamento

**Angela Favaro, Enrico Collantoni,
Paolo Meneguzzo e Elena Tenconi**

100 domande

vol. #15




Disturbi dell'alimentazione: traiettorie di sviluppo, fasi evolutive, trattamento

Angela Favaro, Enrico Collantoni, Paolo Meneguzzo e Elena Tenconi

ISBN: 978-88-98542-34-4

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	link	suggerisce la consultazione del sito web indicato

© 2026, Hogrefe Editore

Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze

www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino

Redazione: Alessandra Galeotti

Impaginazione e copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

I disturbi dell'alimentazione sono condizioni psicopatologiche complesse, caratterizzate da un rapporto alterato e spesso conflittuale con il cibo, il corpo e il peso, che si esprime attraverso comportamenti alimentari disfunzionali, accompagnati da un'elevata sofferenza soggettiva e da una compromissione del funzionamento fisico, psicologico e relazionale. Queste patologie non riguardano solo uno stile alimentare scorretto, ma sono espressione profonde di un disagio che coinvolge tanto la sfera emotiva e relazionale quanto l'identità stessa di un individuo. Secondo questa visione, il cibo e il corpo diventano strumenti attraverso cui la persona esprime tentativi di affermazione, richieste d'aiuto silenziose o bisogno di invisibilità.

Se l'anoressia e la bulimia, e talvolta anche il binge eating, sono i disturbi più conosciuti anche tra i non professionisti, spesso non sono conosciute, e quindi non riconosciute, le diverse altre tipologie di disturbo e le numerose varianti legate all'alimentazione e al comportamento alimentare. Ortoressia, vigoressia, drunkoressia ne sono solo un esempio. Come sottolineano gli autori, quello dei disturbi dell'alimentazione è infatti "un insieme eterogeneo di condizioni cliniche che condividono la presenza di comportamenti alimentari disfunzionali e un'eccessiva centralità del corpo, del peso e dell'alimentazione nel sistema psicologico dell'individuo" e che non sempre vengono colte nella loro complessità.

Partendo dalla definizione e passando attraverso gli aspetti epidemiologici, i diversi criteri diagnostici nonché la condizione clinica e psicopatologica, il testo approfondisce anche il tema della prevenzione e del trattamento secondo una visione che privilegia modalità d'intervento interdisciplinari.

Il libro prende in considerazione situazioni complesse dovute alla comorbidità spesso presente ma che può manifestarsi attraverso modalità diverse nelle diverse persone. Anche le diverse tipologie di trattamento sono analizzate, non solo in termini di diversità di approccio, ma anche di efficacia a seconda della diagnosi e dell'età del paziente. Gruppi di auto-aiuto, terapia farmacologica, psicoterapia, terapie combinate ed approcci transdiagnostici di terza generazione sono discussi ed approfonditi. Senza dimenticare l'apporto che le neuroscienze stanno offrendo in termini di comprensione del complesso sistema dei disturbi dell'alimentazione.

Angela Favaro, Enrico Collantoni, Paolo Meneguzzo ed Elena Tenconi, tutti da anni impegnati sul triplice piano della clinica, della didattica e della ricerca, hanno affrontato il tema in modo pratico e offerto una panoramica completa, rispondendo alle domande che più spesso i professionisti, e non solo, fanno sull'argomento e riconoscendo una psicopatologia specifica e una specificità clinica.

Gli autori

Angela Favaro

PhD, psichiatra e psicoterapeuta, è Professore ordinario di Psichiatria presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova e membro del Padova Neuroscience Center (PNC). Direttore del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, è Referente scientifico della Rete regionale per i DCA della Regione Veneto.

Enrico Collantoni

PhD, psichiatra e psicoterapeuta, è Professore associato di Psichiatria presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova e membro del PNC. Lavora presso il Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione di Padova, coniugando attività clinica e ricerca in un'ottica traslazionale.

Paolo Meneguzzo

PhD, psichiatra e psicoterapeuta, è ricercatore presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova e lavora presso i Centri Regionali per i Disturbi dell'Alimentazione e l'Incongruenza di Genere dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Elena Tenconi

PhD, psicoterapeuta specialista in psicologia clinica, è Professore associato di Psicobiologia e psicologia fisiologica presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova e membro del PNC. Svolge l'attività clinica presso il Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Hanno collaborato

Valentina Cardi

Professore associato di Psicologia clinica presso l'Università di Padova, lavora presso il Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Lorenza Di Pascoli

È medico specialista in Medicina interna presso il Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Eleonora Sale

È medico specialista in Neuropsichiatria infantile presso l'Azienda ULSS6 Euganea, dov'è responsabile dei Servizi Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori.

INDICE

PARTE I

Diagnosi ed epidemiologia dei disturbi dell'alimentazione

1. Cosa si intende per disturbi dell'alimentazione?	1
2. Quali sono e come si differenziano i disturbi dell'alimentazione?	3
3. Come si differenzia l'anorexia nervosa dagli altri disturbi psichiatrici?	10
4. Quali sono i sottotipi di anorexia nervosa e come si caratterizzano?	12
5. Cosa distingue la bulimia nervosa dal disturbo da binge eating?	14
6. Cosa si intende per teoria transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione?	15
7. Quale relazione esiste tra i disturbi dell'alimentazione e l'obesità?	17
8. Quali sono i disturbi dell'alimentazione altrimenti specificati?	19
9. Quali sono le principali differenze diagnostiche e cliniche tra anorexia nervosa e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)?	21
10. Quali disturbi dell'alimentazione si manifestano di notte?	23
11. Quali disturbi dell'alimentazione insorgono nell'infanzia e come si manifestano?	25
12. È vero che soffrire di un disturbo della nutrizione in infanzia aumenta il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione nell'età adulta?	29
13. Quali strumenti psicodiagnostici vengono usati per la diagnosi dei disturbi dell'alimentazione?	30
<i>BOX 1. LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA</i>	31
14. Perché i disturbi dell'alimentazione si manifestano soprattutto nelle persone di genere femminile?	37
15. Come si manifestano i disturbi dell'alimentazione nelle persone di genere maschile?	40
<i>CASO CLINICO</i>	42
16. Qual è la relazione tra disturbi dell'alimentazione, orientamento sessuale e identità di genere?	43
<i>CASO CLINICO</i>	46
17. Quanto sono frequenti i disturbi dell'alimentazione?	48
18. Quali strumenti vengono utilizzati per lo screening dei disturbi dell'alimentazione nella popolazione?	49
19. È vero che l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione è in crescita?	52
20. I disturbi dell'alimentazione sono presenti in tutti i paesi?	53
21. Le caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione sono cambiate nel tempo?	55
<i>BOX 2. L'EVOLUZIONE DELLE DIAGNOSI NEI DSM</i>	57
22. Ci sono stati cambiamenti nell'epidemiologia dei disturbi dell'alimentazione in seguito alla pandemia da COVID-19?	58

23. Perché i disturbi dell'alimentazione si sviluppano soprattutto nell'adolescenza?	59
24. È vero che l'età di esordio dei disturbi dell'alimentazione sta diminuendo nelle nuove generazioni?	61
25. Cos'è l'ortoressia?	64

PARTE II

Fattori di rischio, patogenesi e prevenzione dei disturbi dell'alimentazione

26. Cosa si intende per patogenesi multifattoriale nei disturbi dell'alimentazione?	67
27. Quali sono i fattori di rischio noti per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione?	68
<i>CASO CLINICO</i>	74
28. Quali sono i segnali di allarme per un disturbo dell'alimentazione?	75
29. Chi è a rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione?	76
30. Cos'è l'"anoressia atletica"?	78
31. Qual è il ruolo delle piattaforme social nei disturbi dell'alimentazione?	81
32. Qual è il ruolo dei traumi nello sviluppo di un disturbo dell'alimentazione?	82
33. Fattori di rischio precoci, come i fattori perinatali, hanno un ruolo nella patogenesi dei disturbi dell'alimentazione?	84
34. I disturbi dell'alimentazione fanno parte dei disturbi del neurosviluppo?	86
35. Ci sono alterazioni della connettività cerebrale che sono caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione?	87
36. I fattori di rischio genetici sono importanti per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione?	89
37. Quali sono le alterazioni endocrine e neurotrasmettitoriali presenti nei disturbi dell'alimentazione?	91
38. Cosa si intende per "malattia metabo-psichiatrica" riferita all'anoressia nervosa?	95
39. Il microbiota ha un ruolo nello sviluppo di un disturbo dell'alimentazione?	97
40. Qual è il ruolo dei fattori socioculturali nella patogenesi dei disturbi dell'alimentazione?	98
41. Reti sociali, solitudine e confronto con i pari: quali aspetti specifici nei disturbi dell'alimentazione?	99
42. Qual è il ruolo della famiglia nella patogenesi dei disturbi dell'alimentazione?	102
43. Sono efficaci gli interventi di prevenzione nei disturbi dell'alimentazione?	103
44. Esiste uno stigma nei confronti di chi soffre di disturbi dell'alimentazione?	107

45. Esiste un legame tra i cambiamenti nel clima e nell'ambiente e l'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione?	109
--	-----

PARTE III

Caratteristiche cliniche, psicopatologia e comorbidità

46. Cosa si intende per psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione?	112
47. Cos'è il disturbo dell'immagine corporea?	114
48. Quali sono i meccanismi psicologici e neurocognitivi del disturbo dell'immagine corporea?	116
49. Si può parlare di "pensiero prevalente" o "pensiero delirante" nell'anoressia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione?	119
50. I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da tratti d'instabilità emotiva?	121
51. Le persone con disturbi dell'alimentazione sono a rischio di suicidio?	126
52. Qual è la relazione tra comportamenti autolesionistici e disturbi dell'alimentazione?	128
<i>CASO CLINICO</i>	131
53. sessualità nei disturbi dell'alimentazione: quali sono gli aspetti specifici?	132
54. Qual è la relazione tra perfezionismo clinico e disturbi dell'alimentazione?	133
55. Quali sono le caratteristiche neuropsicologiche dei pazienti con anoressia nervosa e come si misurano?	139
56. Cosa si intende per inflessibilità cognitiva nei disturbi dell'alimentazione?	146
57. Quali sono le difficoltà visuospatiali presenti nei disturbi dell'alimentazione?	149
<i>BOX 3. IL COSTRUTTO DELLA DEBOLEZZA DI COERENZA CENTRALE</i>	151
58. Nell'anoressia nervosa, sono alterate le abilità mnestiche?	152
<i>BOX 4. ESEMPI CLINICI DELL'ALTERAZIONE DELLA MEMORIA NELL'ANORESSIA NERVOSA</i>	159
59. Quali sono i "bias" cognitivi tipici dei disturbi dell'alimentazione?	160
60. Qual è la relazione tra depressione e disturbi dell'alimentazione?	167
61. I disturbi dell'alimentazione sono associati ai disturbi d'ansia?	169
62. I disturbi dell'alimentazione possono essere considerati parte dello spettro dei disturbi ossessivo-compulsivi?	171
63. Qual è la relazione tra disturbi dell'alimentazione e disturbi dello spettro autistico?	173
64. Qual è la relazione tra ADHD e disturbi dell'alimentazione?	177
65. I disturbi dell'alimentazione possono essere considerati una dipendenza dal cibo (food addiction)?	180

PARTE IV**Complicanze ed esiti dei disturbi dell'alimentazione**

66. Qual è il decorso e quali sono gli esiti dei disturbi dell'alimentazione?	190
67. Quale mortalità è associata ai disturbi dell'alimentazione?	192
68. Quali sono i fattori prognostici nei disturbi dell'alimentazione?	193
69. Quanto frequenti sono le ricadute nei disturbi dell'alimentazione e quali sono i principali fattori di rischio?	195
70. Cosa si intende per malattia di lunga durata nei disturbi dell'alimentazione?	197
71. È possibile una stadiazione dei disturbi dell'alimentazione?	200
72. La qualità della vita è compromessa nei disturbi dell'alimentazione?	202
73. Come si manifestano i disturbi dell'alimentazione nelle persone anziane?	203
74. Quali sono le complicanze mediche più frequenti nei disturbi dell'alimentazione?	205
75. Quali strumenti ed esami vengono utilizzati per valutare la malnutrizione e riconoscere la presenza di complicanze mediche nei disturbi dell'alimentazione?	208
76. Quali sono gli effetti della malnutrizione sul cervello dei pazienti con disturbi dell'alimentazione?	213
77. Qual è l'impatto dei disturbi dell'alimentazione sul sistema osseo?	215
78. Avere o aver avuto un disturbo dell'alimentazione ha effetti sulla fertilità?	217
79. Cos'è la sindrome da rialimentazione (refeeding)?	219

PARTE V**Trattamenti dei disturbi dell'alimentazione e organizzazione dei servizi**

80. Quali sono le linee guida di riferimento per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione?	221
81. Cosa si intende per trattamento multidisciplinare nei disturbi dell'alimentazione?	222
82. Qual è il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel riconoscimento e nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione?	225
83. Cosa si intende per trattamento per passi successivi?	227
84. Qual è il ruolo della famiglia nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione?	230
85. Come cambia il trattamento nelle diverse fasce di età?	232
86. Quali sono i trattamenti dei disturbi dell'alimentazione "basati sulle evidenze"?	233

87. Che ruolo possono avere i gruppi di auto-aiuto e il supporto tra pari nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione?	236
88. Qual è il ruolo della terapia farmacologica nei disturbi dell'alimentazione?	238
89. Qual è il ruolo della psicoterapia nei disturbi dell'alimentazione?	240
90. Le terapie di riabilitazione cognitiva (Cognitive Remediation Therapy) hanno un ruolo nella terapia dei disturbi dell'alimentazione?	245
91. Cosa sono i trattamenti motivazionali e che ruolo hanno?	248
<i>CASO CLINICO</i>	251
92. Ha senso prescrivere una dieta a chi soffre di un disturbo dell'alimentazione?	254
93. Le terapie di stimolazione cerebrale hanno un ruolo nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione?	255
<i>CASO CLINICO</i>	257
94. Quando e dove è indicata un'ospedalizzazione?	258
95. Cosa si può fare nel caso di un rifiuto persistente delle cure?	261
96. In cosa consiste un trattamento ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione?	264
97. In cosa consiste un trattamento riabilitativo di tipo intensivo dei disturbi dell'alimentazione?	266
98. L'intelligenza artificiale ha un ruolo nella personalizzazione delle cure?	268
99. Qual è il ruolo del pronto soccorso nei disturbi dell'alimentazione?	271
100. Come deve essere organizzata una rete per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione?	273
Bibliografia	277
Glossario	317

PARTE I

Diagnosi ed epidemiologia dei disturbi dell'alimentazione

1. Cosa si intende per disturbi dell'alimentazione?

I disturbi dell'alimentazione sono condizioni psicopatologiche complesse, caratterizzate da un rapporto alterato e spesso conflittuale con il cibo, il corpo e il peso, che si esprime attraverso comportamenti alimentari disfunzionali, accompagnati da un'elevata sofferenza soggettiva e da una compromissione del funzionamento fisico, psicologico e relazionale (American Psychiatric Association, 2022; tr. it. 2023).

Queste patologie non si riducono a una fissazione per la magrezza o a uno stile alimentare scorretto: rappresentano espressioni profonde di disagio identitario, emotivo e relazionale, in cui il corpo diventa il principale strumento di comunicazione e controllo (Treasure et al., 2015b). Attraverso il cibo e il corpo si organizzano strategie di regolazione emotiva, tentativi di affermazione, richieste d'aiuto silenziose o bisogni di invisibilità. Il sintomo, quindi, non è mai un puro errore da correggere, ma il risultato di un equilibrio precario, spesso costruito per sopravvivere in contesti percepiti come caotici, eccessivi o disorganizzanti.

Le forme cliniche oggi riconosciute includono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da binge eating (o disturbo da alimentazione incontrollata), il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) e diverse forme atipiche o parziali, classificate nei sistemi diagnostici come disturbi dell'alimentazione e della nutrizione non specificati.

Le varie forme di DA



Questi disturbi si manifestano lungo uno spettro che va dalla restrizione estrema all'impulsività alimentare, dalla compulsione all'evitamento, e possono alternarsi o modificarsi nel tempo.



26 | 27

I disturbi dell'alimentazione presentano un'origine multifattoriale. Tra i fattori di rischio riconosciuti figurano predisposizioni genetiche e temperamentalità, esperienze traumatiche o relazionali precoci, dinamiche familiari disfunzionali, distorsioni cognitive, tratti di perfezionismo e vulnerabilità affettiva. A ciò si aggiungono pressioni socioculturali fortemente normative, che trasmettono ideali corporei irrealistici e promuovono modelli identitari basati sul controllo, sulla prestazione o sulla conformità estetica. In tale contesto, il corpo si trasforma in un campo di battaglia simbolico, in cui si concentrano conflitti che riguardano non solo il singolo, ma anche le sue relazioni, il suo ambiente e la società in cui vive.



La sofferenza che accompagna questi disturbi è spesso silenziosa, mimetizzata da una falsa efficienza, da un'apparente forza di volontà o da comportamenti socialmente approvati (dieta, sport, "salute"), ma può evolvere in quadri clinici gravi, cronici o invalidanti se non riconosciuta e trattata precocemente (Schmidt et al., 2016; Solmi et al., 2024). L'anoressia nervosa, in particolare, con la sua alta mortalità e l'impatto sulla salute fisica, è una patologia in cui la profonda alterazione del rapporto della persona con il proprio corpo porta a un mancato riconoscimento dei bisogni più elementari, tale da compromettere l'istinto di sopravvivenza che accomuna gli esseri viventi. Pur iniziando apparentemente da comportamenti e atteggiamenti spesso socialmente accettati – come diete e ricerca di bellezza e forma fisica –, l'anoressia nervosa, nelle sue forme più gravi e durature, diventa agli occhi della società una patologia "incomprensibile" e fortemente stigmatizzata.



44

In sintesi, parlare di disturbi dell'alimentazione significa affrontare non solo una patologia, ma una modalità complessa e profonda di esprimere un disagio che attraversa il corpo, le emozioni, le relazioni e la cultura. Per questo, comprenderli richiede uno sguardo capace di andare oltre il sintomo visibile e interrogare il significato che esso assume nella storia di chi lo abita.

2. Quali sono e come si differenziano i disturbi dell'alimentazione?

I disturbi dell'alimentazione costituiscono un insieme eterogeneo di condizioni cliniche che condividono la presenza di comportamenti alimentari disfunzionali e un'eccessiva centralità del corpo, del peso e dell'alimentazione nel sistema psicologico dell'individuo. Tuttavia, si differenziano tra loro per il tipo di condotte messe in atto, per le motivazioni sottostanti e per le conseguenze psicofisiche (American Psychiatric Association, 2022; tr. it. 2023).

Le forme cliniche attualmente riconosciute sono definite nei principali sistemi diagnostici internazionali (DSM-5-TR: American Psychiatric Association, 2022, tr. it. 2023; ICD-11: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2024, tr. it. 2025) e comprendono disturbi "tipici" (anoressia, bulimia, disturbo da binge eating) e disturbi "atipici" o emergenti (disturbi altrimenti specificati). La diagnosi non si basa solo sul peso corporeo, ma su un insieme di criteri che riguardano il comportamento alimentare, la percezione corporea, i comportamenti compensatori e l'impatto funzionale del disturbo nella vita della persona.



L'*anoressia nervosa* si caratterizza per una restrizione calorica persistente, una paura intensa d'ingrassare anche in presenza di sottopeso e una profonda distorsione dell'immagine corporea. Anche se letteralmente la parola "anoressia" indica la mancanza di appetito, le persone con questa patologia riportano un'alterazione del comportamento alimentare e del rapporto con il cibo che va ben al di là della sensazione di fame. Il comportamento alimentare, infatti, è caratterizzato da restrizione calorica o evitamento di cibi o digiuno, ma possono essere presenti anche crisi bulimiche e diversi tipi di comportamenti compensatori. L'individuo può sentirsi "grasso" anche se emaciato e tende a negare la gravità della propria condizione. Il bisogno di controllo, la negazione della fame e la valorizzazione della magrezza assumono spesso una valenza identitaria. È una condizione caratterizzata da un alto rischio di complicanze mediche e alti tassi di mortalità e cronicità.

I criteri diagnostici dell'anoressia nervosa secondo il DSM-5-TR sono:

Anoressia nervosa



- A. Una riduzione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno che porta a un peso significativamente basso rispetto a quanto sarebbe atteso a seconda dell'età, del sesso e della traiettoria di sviluppo e la salute fisica della persona (per peso significativamente basso si intende un peso inferiore al minimo considerato normale o, nel caso di bambini e adolescenti, inferiore al minimo atteso; in un adulto di sesso femminile in Italia l'indice di massa corporea minimo normale è 18,5).
- B. Un'intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi, oppure comportamenti che in modo persistente interferiscono con l'aumento di peso, presenti anche a un peso significativamente basso.
- C. Un disturbo del modo in cui il peso e la forma del corpo vengono vissuti, un'eccessiva influenza del peso o della forma corporea sulla valutazione di sé o una persistente incapacità a riconoscere la gravità del proprio sottopeso.

Bulimia nervosa La *bulimia nervosa* si manifesta con ricorrenti episodi di crisi bulimiche (abbuffate) seguiti da condotte compensatorie inappropriate, come vomito autoindotto, digiuni o uso di lassativi. A differenza dell'anoressia nervosa, il peso corporeo si mantiene spesso nella norma, rendendo la diagnosi meno immediata. La relazione con il cibo è vissuta in modo ambivalente: il cibo viene desiderato intensamente, ma la sua ingestione è subito seguita da sensi di colpa e dalla necessità di "rimediare" per evitare l'aumento di peso. Il rapporto con il corpo è alterato e la valutazione di sé è eccessivamente influenzata dal peso e dalla forma del proprio corpo.

I criteri diagnostici della bulimia nervosa secondo il DSM-5-TR sono:

- A. Episodi ricorrenti di crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da: (1) mangiare, in un certo spazio temporale (ad es., un paio d'ore), una quantità di cibo che è decisamente superiore a quanto mangerebbe la maggior parte delle persone nello stesso tempo e nella stessa circostanza; (2) una sensazione di perdita di controllo sul proprio comportamento alimentare durante l'episodio (ossia la sensazione di non essere in grado di fermarsi o di poter controllare cosa e quanto si mangia).

- B. Comportamenti ricorrenti e inappropriati di tipo compensatorio, messi in atto per impedire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici o altri farmaci, digiuno o eccessivo esercizio fisico.
- C. Le crisi bulimiche e i comportamenti compensatori vengono messi in atto, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
- D. La valutazione di sé è eccessivamente influenzata dal peso e dalla forma corporea.
- E. Il disturbo non è presente esclusivamente in corso di anoressia nervosa.



Il *disturbo da binge eating* (o disturbo da alimentazione incontrollata) presenta abbuffate ricorrenti non seguite da comportamenti compensatori. È spesso associato a un aumento ponderale, ma può verificarsi anche in soggetti normopeso. Le abbuffate hanno una funzione regolativa del dolore emotivo e sono spesso seguite da vergogna e ritiro sociale. A differenza che nell'anoressia e nella bulimia nervosa, nelle quali l'esordio è tipicamente in età adolescenziale o nella prima età adulta, il disturbo da binge eating può esordire a qualunque età, dall'infanzia alla terza età. Anche il rapporto maschi/femmine è diverso rispetto agli altri disturbi dell'alimentazione, poiché circa un terzo dei pazienti è di sesso maschile.

Disturbo da binge eating

I criteri diagnostici del disturbo da binge eating secondo il DSM-5-TR sono:

- A. Episodi ricorrenti di crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da: (1) mangiare, in un certo spazio temporale (ad es. un paio d'ore), una quantità di cibo che è decisamente superiore a quanto mangerebbe la maggior parte delle persone nello stesso tempo e nella stessa circostanza; (2) una sensazione di perdita di controllo sul proprio comportamento alimentare durante l'episodio (ossia la sensazione di non essere in grado di fermarsi o di poter controllare cosa e quanto si mangia).
- B. Le crisi bulimiche sono associate con tre o più delle seguenti caratteristiche: (1) mangiare molto più rapidamente del normale; (2) mangiare fino a sentirsi pieni in modo non confortevole; (3) mangiare grandi quantità di cibo anche quando non ci si sente affamati; (4) mangiare da soli per

l'imbarazzo di mangiare così tanto; (5) sentirsi disgustati di sé, depressi o colpevoli subito dopo.

- C. È presente una marcata sofferenza riguardo alle crisi bulimiche.
- D. Le crisi bulimiche avvengono, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
- E. Le crisi bulimiche non sono associate alla messa in atto di comportamenti compensatori come nella bulimia nervosa e il disturbo non è presente esclusivamente in corso di anoressia o bulimia nervose.

ARFID Il *disturbo evitante/restrittivo dell'introito di cibo* (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) è un disturbo tipico dell'infanzia e della preadolescenza, ma può insorgere o persistere anche in età adulta. Si manifesta con un'alimentazione estremamente selettiva o restrittiva, motivata da avversioni sensoriali, disinteresse per il cibo o paura di eventi avversi (soffocamento, nausea). A differenza degli altri disturbi, non è presente preoccupazione per il peso o per la forma corporea. I criteri diagnostici dell'ARFID secondo il DSM-5-TR sono:

→ 11

- A. Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (ad es., perdita d'interesse verso il cibo; evitamento di cibi sulla base delle loro caratteristiche sensoriali; preoccupazioni riguardo a eventi avversi come conseguenza del mangiare) che si manifesta con un persistente mancato raggiungimento dei bisogni nutrizionali ed energetici appropriati associato ad almeno uno dei seguenti fattori: (1) perdita di peso significativa (o, nei minori, mancata crescita rispetto a quanto atteso); (2) carenze nutrizionali significative; (3) dipendenza da integratori nutrizionali o sondino nasogastrico; (4) marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è dovuto a mancanza di cibo o associato a pratiche culturalmente stabilite.
- C. Il disturbo non è presente esclusivamente in corso di anoressia nervosa o bulimia nervosa e non ci sono evidenze di un disturbo del modo in cui viene vissuto il proprio peso o forma corporea.
- D. Il disturbo non è secondario a una malattia medica concomitante e non è meglio spiegato da un altro disturbo psichiatrico. Se il comportamento si presenta nel contesto di

un altro disturbo mentale o situazione medica è di gravità sufficiente da richiedere una specifica attenzione clinica.

La *pica* si caratterizza per l'ingestione ricorrente di sostanze non nutritive e non alimentari (come terra, carta, capelli, sapone), non giustificata da pratiche culturali e inappropriata rispetto all'età dello sviluppo (Ceschin et al., 2010). Può essere osservata in età infantile, ma anche in **soggetti con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro autistico**. I criteri diagnostici della pica secondo il DSM-5-TR sono:

- A. Persistente ingestione di sostanze non commestibili per un periodo di almeno un mese.
- B. Il comportamento è inappropriato rispetto alla fase di sviluppo dell'individuo.
- C. Il comportamento non fa parte di una pratica culturalmente sancita o comunque normata dalla società.
- D. Se il comportamento si presenta nel contesto di un altro disturbo mentale (spettro autistico, ritardo mentale) o situazione medica (gravidanza), è di gravità sufficiente da richiedere una specifica attenzione clinica.

Pica



11

Il *disturbo da ruminazione* consiste nel rigurgito ripetuto e volontario del cibo ingerito, che può essere rimasticato, risputato o deglutito nuovamente. Non è attribuibile a cause organiche e può insorgere nei primi anni di vita o in adolescenza, spesso in associazione a **disturbi dello sviluppo o condizioni di deprivazione ambientale**. I criteri diagnostici del disturbo da ruminazione secondo il DSM-5-TR sono:

- A. Rigurgito ripetuto del cibo ingerito per almeno un mese. Il cibo può essere rimasticato, rideglutito oppure sputato.
- B. Il rigurgito non è attribuibile a una condizione medica (ad es., reflusso gastroesofageo).
- C. Il disturbo non è presente esclusivamente in corso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge eating o disturbo evitante/restrittivo dell'introito di cibo.
- D. Se il comportamento si presenta nel contesto di un altro disturbo mentale o situazione medica è di gravità sufficiente da richiedere una specifica attenzione clinica.

Disturbo da ruminazione



11

Infine, esistono categorie diagnostiche di disturbi dell'alimentazione altrimenti specificati (Otherwise Specified Feeding

OSFED

 12

and Eating Disorders, OSFED) sottosoglia o atipiche, in cui rientrano quadri clinicamente significativi che non soddisfano tutti i criteri per una diagnosi piena, ma che comportano comunque un elevato grado di sofferenza soggettiva e compromissione funzionale. Tra queste, il DSM-5-TR include, ad esempio, l'anoressia nervosa atipica (in cui sono presenti tutte le caratteristiche psicologiche dell'anoressia, ma il peso corporeo è nella norma), la bulimia nervosa di bassa frequenza o durata limitata, il disturbo da binge eating sottosoglia, il disturbo da condotte di eliminazione (Purging Disorder) e la sindrome da alimentazione notturna (Night Eating Syndrome). Queste forme cliniche richiedono ugualmente attenzione diagnostica e terapeutica, in quanto possono evolvere in disturbi pienamente conclamati o diventare cronicamente invalidanti.



UFED Tutti i disturbi che non rientrano in nessuno di questi quadri, oppure in tutti i casi in cui non è possibile approfondire il quadro diagnostico, si parla di disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato (Unspecified Feeding and Eating Disorder, UFED).

Per una sintesi si veda la tab. 1.

TAB. 1 Disturbi dell'alimentazione secondo il DSM-5-TR: criteri essenziali a confronto

Diagnosi	Caratteristiche principali	Peso corporeo	Preoccupazione per peso e forma	Comportamenti compensatori	Frequenza richiesta
Anoressia nervosa	Restrizione calorica con peso significativamente basso; distorsione dell'immagine corporea	Sottopeso	Presente e centrale	Possibili (vomito, digiuno, esercizio)	Persistente
Bulimia nervosa	Crisi bulimiche ricorrenti con condotte compensatorie inappropriate (vomito, lassativi, esercizio)	Di solito normopeso	Presente e centrale	Presenti	≥ 1 volta a settimana per 3 mesi
Disturbo da binge eating	Crisi bulimiche ricorrenti senza condotte compensatorie; forte disagio	Variabile (spesso sovrappeso)	Spesso presente	Assenti	≥ 1 volta a settimana per 3 mesi

ARFID	Evitamento o restrizione dell'alimentazione per motivi sensoriali o traumatici, senza preoccupazione per peso/forma	Variabile	Assente	Assenti	Persistenti
Pica	Ingestione di sostanze non alimentari (terra, carta, gesso, ecc.)	Non rilevante	Assente	Assenti	≥ 1 mese
Disturbo da ruminazione	Rigurgito ripetuto di cibo, rimasticato o risputato	Non rilevante	Assente	Assenti	≥ 1 mese

Il DSM-5-TR, così come l'ICD-11, nell'ottica di valorizzare anche valutazioni di tipo dimensionale, propone inoltre una valutazione dei livelli di gravità differenziata a seconda del disturbo dell'alimentazione (v. tab. 2). Tali criteri, tuttavia, sono stati molto dibattuti e criticati (Mora-Maltas et al., 2023; Dang et al., 2025) perché non esprimono la complessità dei disturbi dell'alimentazione. In particolare, utilizzare nell'anoressia nervosa il peso come unico criterio di gravità è molto limitante. Infatti, pur essendo il peso un importante fattore prognostico e di risposta al trattamento (oltre che collegato alle complicanze mediche), l'esperienza clinica insegna che la gravità dei casi è associata a fattori più complessi e spesso difficili da misurare, come la scarsa consapevolezza di malattia, la "passività" nei confronti dei pensieri intrusivi e delle compulsioni o, ancora, la difficoltà a stabilire una relazione terapeutica. Alcuni autori (Mora-Maltas et al., 2023; Dang et al., 2025) hanno proposto altri criteri di gravità come la durata di malattia o il "desiderio di magrezza" (sottoscala dell'*Eating Disorder Inventory-3*, ma anche questi criteri presentano limitazioni importanti. La complessità dei disturbi dell'alimentazione, e dell'anoressia nervosa in particolare, probabilmente impone una valutazione della gravità di tipo multidimensionale. Sarà oggetto degli studi futuri identificare le variabili e le misure che, nel loro insieme, sono in grado di descrivere la gravità del disturbo e permettere quindi una personalizzazione del trattamento.

TAB. 2 Criteri di gravità secondo il DSM-5-TR

Diagnosi	Lieve	Moderata	Grave	Estrema
Anoressia nervosa	IMC > 17	IMC: 16-16.99	IMC: 15-15.99	IMC < 15
Bulimia nervosa	1-3 comportamenti compensatori a settimana	4-5 comportamenti compensatori a settimana	8-13 comportamenti compensatori a settimana	14 o più comportamenti compensatori a settimana
Disturbo da binge eating	1-3 crisi bulimiche a settimana	4-5 crisi bulimiche a settimana	8-13 crisi bulimiche a settimana	14 o più crisi bulimiche a settimana

IMC = indice di massa corporea (peso in kg/altezza in m²).

3. Come si differenzia l'anoressia nervosa dagli altri disturbi psichiatrici?

L'anoressia nervosa condivide con gli altri disturbi psichiatrici maggiori numerose caratteristiche, come l'insorgenza in età adolescenziale, la compromissione del funzionamento personale e sociale, la presenza di schemi di pensiero rigidi e di emozioni disfunzionali. Tuttavia, presenta anche tratti peculiari che la rendono, sotto diversi aspetti, un disturbo atipico o unico nel panorama psicopatologico (Klump et al., 2009).

La psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione è costituita dai pensieri e comportamenti tipici come l'importanza del peso e delle forme corporee per la propria autostima, il disturbo dell'immagine corporea, l'atteggiamento ossessivo verso il cibo e i metodi di controllo e compenso dell'introito calorico. Sia le modalità di presentazione di questi stessi sintomi sia la presenza di altri sintomi più generici, come aspetti ansiosi, depressivi e ossessivi, hanno fatto però spesso paragonare i disturbi dell'alimentazione (soprattutto l'anoressia nervosa) ad altre sindromi psichiatriche, facendo emergere di volta in volta affinità diverse e descrivendo il disturbo dell'alimentazione a volte come disturbo che maschera aspetti depressivi, a volte come disturbo fobico od ossessivo, o come una dipen-

denza e infine anche come una psicosi (Amianto et al., 2016; O'Brien e Vincent, 2003). Nel complesso, quindi, la descrizione della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione si avvale, secondo le conoscenze attuali, di tre aspetti:

1. un rapporto con il corpo alterato, sia in termini di cognizione (eccessiva influenza sull'autostima) sia in termini di un non ancora del tutto compreso "disturbo dell'immagine corporea";
2. comportamenti alimentari patologici (restrizione, crisi bulimiche, iperattività, comportamenti compensatori);
3. vari aspetti di psicopatologia generale, che includono il pensiero prevalente (*overvalued ideas*), i sintomi post-traumatici, il discontrollo emozionale e degli impulsi, i tratti evitanti e fobici, i tratti autistici e i tratti di dipendenza comportamentale. La diagnosi e la diagnosi differenziale devono, quindi, prendere in considerazione tutti questi aspetti.

Sicuramente, un elemento distintivo, per lo meno dell'anoressia nervosa, è la compromissione somatica diretta e visibile. L'anoressia nervosa è infatti uno dei pochi disturbi psichiatrici che può condurre a complicanze organiche potenzialmente letali, con una delle più alte percentuali di mortalità tra i disturbi mentali (Auger et al., 2021). La denutrizione prolungata ha effetti su quasi tutti i sistemi corporei (cardiaco, endocrino, gastrointestinale, osseo) e può alterare anche il funzionamento neurocognitivo, contribuendo a irrigidire ulteriormente il pensiero e a rinforzare il circolo vizioso del disturbo.

Dal punto di vista psicologico, l'anoressia nervosa si distingue per la presenza di un sistema di valori centrato sul controllo, sulla perfezione e sulla negazione del bisogno. Il rifiuto del cibo si accompagna spesso a una negazione della fragilità, del desiderio, della dipendenza e, talvolta, della sessualità. Il corpo non è solo qualcosa da modellare, ma qualcosa da dominare, da purificare o da cancellare.

Pur potendo coesistere con altri disturbi psichiatrici - come ansia, depressione, tratti ossessivo-compulsivi o disturbi di personalità -, l'anoressia si configura come una struttura clinica autonoma, con una sua logica interna e una specifica funzione nella storia e nell'identità della persona. È questo che la rende, in molti casi, resistente ai trattamenti standard

Nosografia



49 | 32 |
50 | 63 |
65



74



54



60-62

e bisogna di interventi altamente specializzati che integrino il piano medico, psicologico e relazionale (Todisco et al., 2023; Wallier et al., 2009).

Va segnalato, però, che sintomi di disturbo dell'alimentazione possono essere presenti in altri disturbi psichiatrici maggiori senza rappresentare una vera e propria diagnosi aggiuntiva (Ulfvebrand et al., 2015). L'esempio tipico è il disturbo borderline di personalità in cui la presenza di crisi bulimiche è inclusa addirittura nei criteri diagnostici, oppure il disturbo bipolare e la depressione in cui le alterazioni dell'umore possono essere accompagnate da alterazioni del comportamento alimentare che possono "mimare" un disturbo dell'alimentazione. Infine, va segnalata una particolare complessità di alcuni casi con esordio precoce in età adolescenziale, spesso con presentazioni atipiche e associati a difficoltà di socializzazione, e che presentano sintomi e comportamenti mutevoli nel tempo, nei quali il disturbo dell'alimentazione costituisce in realtà i primi sintomi di un esordio psicotico.



4. Quali sono i sottotipi di anoressia nervosa e come si caratterizzano?

Sebbene entrambi i sottotipi condividano le caratteristiche centrali dell'anoressia nervosa, si differenziano per le strategie utilizzate per il controllo del peso. Nel DSM-5-TR vengono distinti due sottotipi principali: l'**anoressia restrittiva** e l'**anoressia con abbuffate/condotte di eliminazione** (American Psychiatric Association, 2022; tr. it. 2023). Questi sottotipi si differenziano per le modalità attraverso cui la persona cerca di mantenere il controllo sul proprio peso corporeo e per caratteristiche psicologiche quali perfezionismo, impulsività e autostima (Meneguzzo et al., 2021d; Peat et al., 2009).



L'anoressia restrittiva

L'anoressia restrittiva si caratterizza per il controllo severo dell'alimentazione senza l'uso regolare di crisi bulimiche o condotte di eliminazione. Le persone che rientrano in questo sottotipo riducono drasticamente la quantità di cibo ingerita, selezionano attentamente gli alimenti da consumare ed evitano intere categorie nutrizionali percepite come dannose o caloriche. Spesso seguono rituali alimentari rigidi, come