

Da: Massimo Cuzzolaro, *Anoressie e bulimie*, Bologna, il Mulino, 2014
(pag. 52-57)

I disturbi dell'alimentazione nel Dsm-5

Il 18 maggio 2013 è uscita la quinta edizione del Dsm (American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*, 5th edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013).

Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione, il Dsm-5 ha proposto una nuova classificazione e ha modificato alcuni dei precedenti criteri diagnostici. Perché? Per due motivi: seguendo i criteri Dsm-IV, più della metà dei pazienti in cura rientravano nella diagnosi «disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato», che avrebbe dovuto essere una categoria residua; inoltre, le persone con questa diagnosi non presentavano un livello di gravità significativamente diverso rispetto a quelle con diagnosi piena di anoressia o di bulimia. Quindi, come vedremo, il Dsm-5 ha reso meno restrittivi i criteri diagnostici per le tre categorie maggiori: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo di alimentazione incontrollata.

Nella sezione «Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione» (*feeding and eating disorders*) il Dsm-5 elenca ora sei categorie diagnostiche principali più due residue e indica i criteri che, secondo l'American Psychiatric Association, devono essere soddisfatti per poter applicare le varie diagnosi:

- pica (*pica*)
- mericismo (*ruminant disorder*)
- disturbo alimentare evitante/restrittivo (*avoidant/restrictive food intake disorder*)
- anoressia nervosa (*anorexia nervosa*)
- bulimia nervosa (*bulimia nervosa*)
- disturbo di alimentazione incontrollata (*binge eating disorder*).

Le due categorie residue sono destinate ad accogliere le sindromi parziali o sottosoglia e altre forme di rapporto problematico con il cibo:

- altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato (*other specified feeding or eating disorder*). I casi più comuni sono forme incomplete o sottosoglia di anoressia nervosa, bulimia nervosa o disturbo di alimentazione incontrollata; disturbo con condotte di eliminazione (*purging disorder*); sindrome del mangiare di notte (*night eating syndrome*).
- disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato (*unspecified feeding or eating disorder*). Questa categoria diagnostica si usa quando il clinico vuole segnalare la presenza di un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione ma non ne specifica le caratteristiche, per esempio per mancanza di informazioni sufficienti come può accadere in un ricovero in pronto soccorso.

Pica è l'ingestione abituale, per almeno un mese, di sostanze non nutrienti e/o considerate non alimentari nella propria cultura come carta (xilofagia), terra (geofagia), feci (coprofagia), ghiaccio (pagofagia) etc. Il comportamento può essere legato a insufficienze mentali o a disturbi psicotici cronici con lunghe istituzionalizzazioni. A volte si associa ad anoressia o bulimia. L'antico dizionario etimologico di Aquilino Bonavilla e Marco Aurelio Marchi (1822), chiamava pica "malattia od appetito depravato di cose incapaci di nutrire ... che ripugnano" e ricordava che il termine deriva dal nome latino della gazza, uccello che si riteneva mettesse nel becco qualsiasi cosa. Una delle forme più comuni è la pagofagia, ingestione abituale e compulsiva di ghiaccio, associata spesso a mancanza di ferro e anemia sideropenica. Qualche caso di pagofagia, risolto con terapie a base di ferro, è stato descritto in persone operate per obesità con riduzione dello stomaco (bypass gastrico Roux en Y) e anemia conseguente. Su un versante aneddotico ricordo che si può sperimentare la geofagia nel lussuoso ristorante di Tokyo *Ne quittez pas*, dove lo chef Toshio Tanabe propone una carta che va da una zuppa di terra come *amuse bouche* a un sorbetto di terra come *dessert* conclusivo.

Mericismo o disturbo da ruminazione è l'abitudine, che dura da almeno un mese, di rigurgitare il cibo deglutito per poi masticarlo e deglutirlo di nuovo o sputarlo. Anche questo comportamento si può associare a insufficienze mentali o a disturbi psicotici. Nei bambini può essere un fenomeno transitorio. Lo psicanalista e pediatra Léon Kreisler lo legava a una difesa dall'angoscia di sparizione accostandolo al gioco del rocchetto, il gioco del *Fort/Da*, via/qui, descritto da Sigmund Freud in pagine famose di *Al di là del principio di piacere*.

La diagnosi di disturbo alimentare evitante/restrittivo sostituisce ed estende la diagnosi Dsm-IV di disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza. Per le anomalie del rapporto con il cibo in età pediatrica il Dsm continua a proporre, anche nella quinta edizione, una sola categoria diagnostica a differenza di altre classificazioni, molto più dettagliate, come la *DC:0-3R*, costruita da un gruppo di lavoro diretto da Charley Zeanah per i bambini da zero a tre anni e i *Great Ormond Street Criteria*, proposti e rivisti più volte dal gruppo inglese di Brian Lask e colleghi.

Il disturbo alimentare evitante/restrittivo è un quadro clinico proprio dell'età evolutiva ma può manifestarsi anche in età adulta. Comprende sotto un solo nome condizioni che altre tassonomie chiamano con termini distinti: per esempio, disfagia funzionale o *globus hystericus* o *choking phobia* (non poter mangiare cibi solidi per paura di restare soffocati); alimentazione selettiva (limitata a pochi cibi, sempre gli stessi, di solito carboidrati come pane-pasta-pizza); *picky-fussy eating* (mangiare troppo poco in modo schizzinoso e capriccioso scartando continuamente i cibi); *food neophobia* (evitamento fobico di qualsiasi alimento nuovo). Questa condizione finisce anche per confondersi con quelle forme di anoressia nervosa senza apparenti disturbi dell'immagine del corpo che alcuni autori

chiamano *non-fat phobic anorexia nervosa* (anoressia nervosa senza fobia d'ingrassare). I criteri Dsm-5 sono riassunti nella tabella 5.

TAB. 5. *Criteri Dsm-5 per la diagnosi di disturbo alimentare evitante/restrittivo*

A. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (p.e. apparente mancanza d'interesse per il cibo e il mangiare; evitamento legato a caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni legate a effetti negativi dei cibi) che si manifesta come insufficienza qualitativa (nutrienti) e/o quantitativa (calorie) dell'alimentazione rispetto al fabbisogno, associato a uno o più degli eventi seguenti: <ul style="list-style-type: none"> - perdita significativa di peso (o, in età evolutiva, mancata crescita ponderale/staturale) - carenze nutrizionali significative - dipendenza dalla nutrizione artificiale enterale o da supplementi nutrizionali - interferenza marcata con il funzionamento psico-sociale
B. Il disturbo non dipende dalla mancanza di cibo disponibile e non è legato a pratiche culturali
C. Il disturbo non è espressione di anoressia nervosa o di bulimia nervosa e non risulta presente una distorsione del rapporto con il peso e le forme del corpo
D. Il problema alimentare non è giustificato da una malattia medica concomitante (p.e. acalasia esofagea) né da un altro disturbo mentale (p.e. delirio di veneficio)
<i>Specificare se:</i> In remissione: tutti i criteri per la diagnosi di disturbo alimentare evitante/restrittivo sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Come già detto, nel DSM-5 i criteri necessari per la diagnosi di anoressia, bulimia e disturbo di alimentazione incontrollata sono diventati meno restrittivi. La diagnosi di anoressia nervosa non richiede più l'assenza del ciclo mestruale. Per la bulimia nervosa la frequenza media delle abbuffate e delle pratiche di compenso è stata ridotta da almeno due episodi a settimana a uno, per tre mesi consecutivi. E la stessa frequenza è richiesta per le abbuffate nel disturbo di alimentazione incontrollata. I criteri Dsm-5 per le tre sindromi maggiori sono elencati, rispettivamente, nelle tabelle 6, 7 e 8.

TAB. 6. *Criteri Dsm-5 per la diagnosi di anoressia nervosa*

A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.
B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso
C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso

corporeo attuale.
<p><i>Specificare se:</i></p> <p>tipo restrittivo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo</p> <p>tipo bulimico/purgativo: nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri)</p>
<p><i>Specificare se:</i></p> <p>in remissione parziale: tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza, ma il criterio A (basso peso corporeo) non si è mantenuto nel tempo, mentre o il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) o il criterio C (disturbi nella percezione del peso e delle forme del proprio corpo) è ancora soddisfatto</p> <p>in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.</p>
<p><i>Specificare la gravità attuale:</i></p> <p>il livello minimo di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) attuale (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sulla base del percentile di BMI. Le fasce sottoindicate derivano dalle categorie della World Health Organization per le magrezze degli adulti. Per bambini e adolescenti si dovrebbero usare i percentili di BMI corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza.</p> <p>lieve: BMI ≥ 17 kg/m²; moderata: BMI 16-16,99 kg/m²; grave: BMI 15-15,99 kg/m²; estrema: BMI < 15 kg/m²</p>

TAB. 7. *Criteri Dsm-5 per la diagnosi di bulimia nervosa*

<p>A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili - un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
<p>B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto; abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o altri medicinali; digiuni; o esercizio fisico eccessivo.</p>
<p>C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.</p>
<p>D. La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo</p>
<p>E. Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa</p>
<p><i>Specificare se:</i></p> <p>in remissione parziale: tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza e alcuni, ma non tutti, si sono mantenuti nel tempo</p> <p>in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.</p>
<p><i>Specificare la gravità attuale:</i></p>

il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media dei comportamenti impropri di compenso (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale.,
lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; **moderata:** 4-7 episodi/settimana; **grave:** 8-13 episodi/settimana; **estrema:** ≥ 14 episodi/settimana.

TAB. 8. *Criteri Dsm-5 per la diagnosi di disturbo di alimentazione incontrollata*

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:
B. mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili
C. un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
D. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi: <ul style="list-style-type: none"> - mangiare molto più rapidamente del normale - mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni - mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando - sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.
E. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo
F. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.
G. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.
<i>Specificare se:</i> in remissione parziale: i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è scesa da tempo al disotto di un episodio a settimana. in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.
<i>Specificare la gravità attuale:</i> il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media degli accessi di <i>binge eating</i> (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale., lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; moderata: 4-7 episodi/settimana; grave: 8-13 episodi/settimana; estrema: ≥ 14 episodi/settimana.

Le forme incomplete o sottosoglia, in cui non sono soddisfatti tutti i criteri sopra indicati, ricevono l'etichetta diagnostica di «altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato». Fra questi ultimi merita attenzione per la sua pericolosità il *Purging disorder*, disturbo con condotte di eliminazione caratterizzato, secondo la proposta di alcuni ricercatori, da:

- almeno quattro episodi al mese, per almeno tre mesi consecutivi, di vomito autoindotto o abuso di lassativi/diuretici con l'intento di

controllare il peso

- meno di un episodio al mese di abbuffate compulsive nello stesso arco di tempo
- grande importanza attribuita al peso e alle forme del corpo nella valutazione di sé.