

Evoluzione dei criteri diagnostici dei disturbi del comportamento alimentare (1952-2013)

Annapia Verri*, Rita Graziano**

Consulente Fondazione Mondino Istituto Neurologico Nazionale IRCCS, Pavia (annapia.verri@gmail.com)

Psicologa ** (grazianorita.psi@gmail.com)

Riassunto

Nell'autunno del 1868, Sir William Gull fornì la prima descrizione moderna della anoressia nervosa segnalata come “una forma peculiare di malattia che si presenta quasi sempre in giovani donne, e caratterizzata da un'estrema emaciazione”. Sei anni più tardi, propose di definirla con il termine *Anorexia Nervosa* (*Apepsia Hysterica*, *Anorexia Hysterica*). Pressoché contemporaneamente Charles Lasègue descrive la stessa patologia, di cui sottolinea la “anomalia concettuale”: il sintomo principale, il dimagrimento, viene perseguito deliberatamente. Il presente contributo illustra i cambiamenti intervenuti nella definizione diagnostica dei disturbi del comportamento alimentare nelle varie edizioni del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*): dal DSM-I (1952) al DSM-V (2013), con riferimento a diverse categorie di pazienti, anche in considerazione delle diverse età della vita.

Summary

In the fall of 1868, Sir William Gull provided the first modern description of anorexia nervosa described as “a peculiar form of

disease that almost always occurs in young women and characterized by extreme emaciation”. Six years later, he proposed to define it by the term *Anorexia Nervosa* (*Apepsia Hysterica*, *Anorexia Hysterica*). Almost simultaneously Charles Lasègue describes the same pathology, of which he emphasizes the “conceptual anomaly”: the main symptom, the weight loss, is pursued deliberately. This paper shows the changes in the diagnostic definition of food behaviour disorders in the various editions of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders): from DSM-I (1952) to DSM-V (2013), with reference to different categories of patients, also considering the different ages of life.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare, DSM, obesità, anoressia

Keywords: Eating Disorders, DSM, Obesity, Anorexia

Prime descrizioni storiche

Nell'autunno del 1868, Sir William Gull fornì la prima descrizione moderna della anoressia nervosa (AN) delineata come “una forma peculiare di malattia che si presenta quasi sempre in giovani donne, e caratterizzata da un'estrema emaciazione”. Sei anni più tardi, propose di definirla con il termine *Anorexia Nervosa* (*Apepsia Hysterica*, *Anorexia Hysterica*)¹. Pressoché contemporaneamente Charles Lasègue in Francia descrisse la stessa patologia, di cui sottolinea la “anomalia concettuale”: il sintomo principale, il dimagrimento, viene perseguito deliberatamente². Sia

¹ Cit. in J.C. HARRIS, *Anorexia Nervosa and Anorexia Mirabilis: Miss K. R. and St Catherine of Siena*, “JAMA Psychiatry”, 71(11), 2014, pp. 1212-1213.

² T. HABERMAS, *Die Anorexia Nervosa (Magersucht) in Der Deutschsprachigen Medizinischen Literatur von 1900 Bis 1945: Die Rolle Der Magersucht in Der*

Gull che Lasègue nel 1873 avevano la sufficiente autorità medica che consentiva loro di proporre un nuovo quadro nosologico: il neurologo Gull era non soltanto il responsabile della Clinical Society in London ma anche il medico straordinario della regina Vittoria; Lasègue era responsabile di medicina clinica all'ospedale di Parigi la Pitié ed editore della rivista "Archives General de medicine" in cui era comparso il suo studio sulla anoressia isterica³. Con questi testi entrambi definirono non soltanto la denominazione della malattia ma anche le modalità di presentazione, come pure i modelli narrativi, le immagini e le metafore utilizzati nella descrizione dell'anoressia.

Habermas rileva come il termine tedesco *Magersucht*, utilizzato da Hilde Bruch nel 1973⁴, sia molto più efficace nel descrivere la ricerca della magrezza tipica dell'AN, rispetto al termine Anoressia, che sembra alludere a una perdita dell'appetito. Nelle prime descrizioni storiche della AN manca il disturbo dell'immagine del corpo segnalato da H. Bruch nel 1962⁵. Tra le caratteristiche del quadro psicopatologico dell'anoressia, la Bruch descrive la presenza di un disturbo delirante caratterizzato dalla negazione della magrezza, essenziale per quanto riguarda la valutazione diagnostica e la prognosi. A questo disturbo nella AN si associa una alterazione della percezione di sé, della precisione nel riconoscere stimoli entero- o esterocettivi, del senso di dominio delle proprie funzioni corporee, della desiderabilità del proprio corpo da parte di altri. La anomala percezione della propria taglia corporea nell'AN sarebbe correlata a un più generale disturbo percettivo, come se il paziente con disturbo della alimentazione non

Entstehung Der Psychosomatik, "Sudhoffs Archiv", vol. 76, no. 1, 1992, pp. 37-62.

³ N. DIEZEMANN, *Die Kunst des Hungerns*, Kulturverlag Kadmos, Berlin 2005.

⁴ H. BRUCH, *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, Basic Books, New York 1973.

⁵ H. BRUCH, *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*, "Psychosomatic Medicine", 24(2), 1962, pp. 187-194.

fosse in grado di discriminare con esattezza le proprie percezioni corporee e in particolare di riconoscere le sensazioni di fame e di sazietà e di distinguerle dai bisogni emotivi⁶.

Anche Crisp nel 1974 descrisse l'anoressia nervosa come fobia del peso; tali concetti stimolarono una serie di ricerche circa l'immagine del corpo che possono essere così riassunte⁷: 1) le anoressiche sovrastimano le dimensioni del proprio corpo, 2) sono molto più accurate nel determinare le dimensioni degli oggetti inanimati rispetto alle proprie dimensioni corporee, 3) le pazienti mostrano un miglioramento nella percezione delle effettive dimensioni del corpo mentre guadagnano peso, 4) la gravità dell'alterazione della sovrastima del proprio corpo è fattore di rischio di future ricadute.

Un lavoro italiano del 1875 di Giovanni Brugnoli, *Sull'anoressia. Storie e considerazioni*, presenta i due primi casi italiani di AN, in due giovani donne in età adolescenziale, a evoluzione infausta⁸. A questo seguono nel 1892 altri lavori italiani: Seppilli scrive sulla rivista di Freniatria una *review* dal titolo *La nutrizione nell'isterismo*, nel quale cita Lasègue, Buchard e Gull⁹. Nel 1937 compare sulla "Rivista di Patologia nervosa mentale" un lavoro di una trentina di pagine di Ottonello dal titolo *Contributo alla delimitazione clinica dell'anoressia mentale*¹⁰. Sette anni dopo Accornero pubblica sulla "Rivista Sperimentale di Fre-

⁶ *Ibidem*.

⁷ A.H. CRISP, *Primary anorexia nervosa or adolescent weight phobia*, "Practitioner", 212(1270), 1974, pp. 525-535.

⁸ G. BRUGNOLI, *Sull'anoressia. Storie e considerazioni*, "Memoria dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna", serie III, tomo 6, 1875, pp. 351-361; T. HABERMAS, A. BEVERIDGE, *Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme fasting. The background to Giovanni Brugnoli's description of two cases of anorexia nervosa in 1875*, "History of Psychiatry", 3(12), 1992, pp. 431-455.

⁹ G. SEPPILLI, *La nutrizione nell'isterismo*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", 18, 1892, pp. 25-104.

¹⁰ P. OTTONELLO, *Contributo alla delimitazione clinica dell'anoressia mentale*, "Rivista di Patologia Nervosa Mentale", 50, 1937, pp. 335-386.

niatria” un articolo dal titolo *L'anoressia mentale*, nel quale tra l'altro vanta una supremazia italiana nella prima descrizione della malattia ad opera del genovese Simone Porta nel sedicesimo secolo¹¹.

In Germania invece non vi sono descrizioni dell'anoressia nervosa in psichiatria fino alla seconda metà del secolo XX. Infatti la letteratura tedesca sembra interessata soprattutto alla patologia descritta nel 1916 dal dottor Simmonds, una condizione endocrinologica di ipopituitarismo, caratterizzata da cachessia associata a una lesione dell'ipofisi anteriore¹²; per i successivi tre decenni questa descrizione dominò le interpretazioni diagnostiche relative alle estreme magrezze¹³.

La preferenza per le spiegazioni somatiche in medicina in questo periodo storico rinforzò tale orientamento: pertanto, anche i medici che sostenevano il ruolo dei fattori psicologici nella genesi della malattia tendevano a trascurare la natura volontaria del digiuno nell'anoressia nervosa e cercavano di spiegare la perdita di peso in termini fisici¹⁴. Un'analisi dettagliata delle pubblicazioni circa l'anoressia tra il 1918 e il 1945 in Germania rivela che, oltre a non interpretare correttamente il concetto di malattia di Simmonds, fu anche la credenza in una medicina olistica a impedire il riconoscimento della natura psicologica dell'anoressia nervosa¹⁵. Soltanto nel 1974 compare nel testo tedesco di psichia-

¹¹ F. ACCORNERO, *L'anoressia mentale. Una priorità italiana*, “Rivista Sperimentale di Freniatria”, 67, 1943, pp. 447-486; inoltre L. FRIGHI, *Aspetti transculturali dei disturbi delle condotte alimentari*, in *Trasformazioni e silenzi del corpo. Studi sull'anoressia nervosa*, a cura di S. DAINI, F.M. FERRO, Metis Ed., Chieti 1995.

¹² M. SIMMONDS, *Über Kachexie Hypophysären Ursprungs*, “Deutsche Medizinische Wochenschrift”, 42, 1916, pp. 190-191.

¹³ L. BERGNER, H. HIMMERICH, K.C. KIRKBY, *Description of disordered eating in German psychiatric textbooks*, “Frontiers in Psychiatry”, 2021, pp. 1803-2017.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.

tria di Huber la descrizione dei disturbi del comportamento alimentare come categoria diagnostica autonoma.

Evoluzione del concetto di immagine corporea

Il concetto di immagine del corpo (IC) ha storicamente radici biologiche; nasce infatti dal concetto di “schema corporeo”, proposto da Head nel 1920 come configurazione centrale necessaria per il mantenimento della postura¹⁶. Nella cultura neuropsichiatrica dei primi del Novecento, si faceva dunque riferimento a quel senso generale, a quella conoscenza sensoriale che si aveva del proprio corpo. Già ai tempi, gli studiosi suggerirono che lo schema corporeo fosse il frutto di molteplici sollecitazioni e stimoli che si fondevano a dar vita al senso di sé e alla propria identità corporea.

Un contributo decisivo per la definizione dell'IC venne fornito da Schilder nel 1935, che definì l'IC come “quel quadro del nostro corpo che formiamo nella nostra mente”, quadro che scaturisce da aspetti neurologici, socioculturali e psicologici¹⁷. Questa definizione fu la prima a considerare gli aspetti psicologici oltre a quelli neurologici e fisiologici. In alcuni passi della sua opera originaria, Schilder cercò di spiegare il concetto di IC secondo un approccio psicoanalitico, ovvero come un qualcosa in continua evoluzione che scaturisce dall'interazione tra Io ed Es, tra la coscienza e le pulsioni.

Partendo da questi presupposti e tenendo conto della definizione che ne diede successivamente Slade nel 1988, si può definire l'IC come un costrutto multidimensionale che coinvolge aspetti

¹⁶ H. HEAD, *Studies in Neurology*, vol. II, Oxford Med. Pub., London 1920. Cfr. G. BERLUCCHI, S.M. AGLIOTI, *The body in the brain revisited*, “Experimental Brain Research”, 200(1), 2010, pp. 25-35.

¹⁷ P. SCHILDER, *Immagine di sé e schema corporeo*, PGreco Editore, Milano 2019.

tanto legati alla percezione, quanto aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali¹⁸. È dunque possibile, a oggi, definire l'IC come una rappresentazione tridimensionale di se stessi. Gli aspetti principali riguardano, da un lato, l'accuratezza della stima della taglia corporea e, dall'altro, i sentimenti e le emozioni nei confronti del proprio corpo o di alcune parti di esso. Entrambi questi elementi sono rilevanti nella valutazione del disturbo della IC nei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Il contributo di Gallagher e Cole nel 1995 consentì di integrare le definizioni di schema e di immagine del corpo, ritenendoli due aspetti in continua interazione¹⁹. L'IC, intesa come rappresentazione cosciente del corpo, viene contraddistinta, secondo Gallagher e Cole, da tre elementi chiave: l'esperienza percettiva del soggetto, la conoscenza che il soggetto ha del corpo in generale e l'atteggiamento emotivo che la persona mantiene nei confronti del proprio corpo²⁰.

Si è visto, quindi, quali sono le diverse componenti che contribuiscono alla formazione dell'immagine corporea ed è definibile come un costrutto multidimensionale che si forma durante tutto il corso dell'età evolutiva, trovando il suo momento critico nell'adolescenza. Lo sviluppo somatico, endocrinologico e psicologico, a cui va incontro l'adolescente, può incidere negativamente sul rapporto che ha col suo corpo. Il corpo viene spesso percepito come imperfetto e l'idealizzazione dello stesso può condurre a un disagio psichico più o meno marcato, considerato una delle cause dell'esordio adolescenziale dei DCA.

Uno dei contributi più recenti è stato fornito dal modello di sviluppo dell'IC e dei DCA proposto da Thompson, che ha evidenziato come esperienze evolutive avverse e le umiliazioni subite

¹⁸ P.D. SLADE, *Body image in anorexia nervosa*, "British Journal Psychiatry", Suppl. (2), 1988 Jul, pp. 20-22. Inoltre ID., *What is body image?*, "Behaviour Research and Therapy", vol. 32 (5), 1994, pp. 497-502.

¹⁹ S. GALLAGHER, J. COLE, *Body schema and body image in deafferented subject*, "Journal of Mind and Behavior", 16, 1995, pp. 369-390.

²⁰ *Ibidem*.

per l'aspetto fisico, possano influenzare negativamente l'immagine che si ha di sé²¹. Il Modello Tripartito di Influenza di Thompson indica tre principali fonti di condizionamento nello sviluppo dei problemi: i pari, i genitori e i mass media. La famiglia ha un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'IC dei bambini e fornisce anche le basi dell'educazione alimentare. La qualità dell'accudimento genitoriale influenza il bambino anche nel suo rapporto col cibo, con l'aspetto fisico e può modellare i livelli sia di autostima che di autocritica. La necessità di essere accettati dai pari, invece, influisce sulle risposte comportamentali che gli individui mettono in atto per aumentare la loro popolarità e desiderabilità. L'IC, che nasce come costrutto mentale, oggi è osservabile anche in termini di pressione sociale. Sempre più diffuso è il bulimismo legato al peso durante l'età evolutiva.

Un altro contributo, apportato sempre da Thompson, ha messo in luce alcune differenze di genere nell'insorgenza di disturbi legati all'IC evidenziandoli come problematiche prevalentemente al femminile²². Negli ultimi anni, si è assistito a un aumento della diffusione dell'utilizzo dei social media. Alcune ricerche condotte da Anderson nel 2018 hanno evidenziato il collegamento tra l'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo, l'insorgenza di DCA e l'esposizione sui social²³. Bambini e adolescenti risultano essere i più colpiti dal progresso tecnologico e quindi anche dai suoi effetti negativi. Per via della continua disponibilità di contenuti e della difficoltà di controllo sul tipo di contenuti, la loro influenza può essere più incisiva di qualunque altro mezzo di comunicazione. I meccanismi che si innescano vanno dal semplice

²¹ R.M. CALOGERO, J.K. THOMPSON, *Gender and Body Image*, in *Handbook of Gender Research in Psychology*, eds. J.C. CHRISLER, D.M. McCREARY, Springer, New York 2010, pp. 153-184.

²² *Ibidem*.

²³ M. ANDERSON, J. JIANG, *Teens, social media & technology*, "Pew Research", 2018 May 31 <https://www.pewresearch.org/>

confronto del proprio aspetto corporeo con quello altrui, fino ad arrivare a una vera e propria oggettivazione di sé²⁴.

Instagram è una delle piattaforme più utilizzate e consente una condivisione basata principalmente sulle foto. Da uno studio del 2016 di Tiggemann e Zaccardo, è emerso come le giovani adolescenti seguano come modello un corpo magro e tonico²⁵. Altri ricercatori hanno suggerito come il solo fatto di seguire pagine di ispirazione “fit” possa portare a condotte alimentari e di allenamento disfunzionali negli adolescenti e nei giovani adulti²⁶. Secondo Tiggemann e Holland, essere costantemente esposti a modelli di perfezione difficili da raggiungere sembra, quindi, correlare con una maggiore insoddisfazione di sé e del proprio corpo²⁷. Quando il proprio aspetto non è all’altezza degli standard che si sono interiorizzati si hanno delle ripercussioni in termini di autostima e di concetto di sé. I disturbi legati all’immagine corporea si possono osservare sempre più di frequente nei soggetti che hanno una diagnosi di Disturbo del comportamento alimentare. Sembra essere un elemento trasversale, che può qualificarsi come

²⁴ La Teoria dell’Oggettivazione proposta da Fredrickson e Roberts nel 1997 illustra il modo in cui, nelle culture occidentali, il corpo viene analizzato, curato ed esposto. Le esperienze legate all’oggettivazione di sé, specialmente se vissute nell’infanzia, portano a interiorizzare e fare propria questa prospettiva. I giovani, di conseguenza, tendono a vedersi e giudicarsi secondo uno sguardo critico esterno, che può avere conseguenze negative sul loro benessere psicofisico. B. FREDRICKSON, T. ROBERTS, *Objectification Theory: Toward Understanding Women’s Lived Experiences and Mental Health Risks*, “Psychology of Women Quarterly”, 21(2), 1997, pp. 173-206.

²⁵ M. TIGGEMANN, M. ZACCARDO, “Strong is the new skinny”: A content analysis of #fitspiration images on Instagram, “Journal of Health Psychology”, 2016, March 31.

²⁶ Si stima che i primi sintomi di disagio riguardo al proprio corpo siano osservabili già durante l’infanzia. Uno studio di Philips condotto su trenta pazienti ha evidenziato che l’età media di esordio è di circa 14 anni.

²⁷ G. HOLLAND, M. TIGGEMANN, “Strong beats skinny every time”: Disordered eating and compulsive exercise in women who post fitspiration on Instagram, “International Journal of Eating Disorders”, vol. 50, 2016, pp. 76-79.

fattore di rischio per l'insorgenza di questi disturbi, ma anche un fattore di mantenimento.

I recenti canoni di bellezza spingono sempre di più gli utenti, soprattutto i giovani, a modificare le proprie foto e a rivolgersi alla chirurgia estetica per eliminare i propri difetti²⁸. La bellezza è sempre più uno strumento per ottenere consenso e approvazione²⁹.

Si può concludere, quindi, che l'utilizzo smodato delle nuove tecnologie può portare a una perdita di contatto con la realtà del proprio corpo, creando aspettative irraggiungibili. Siamo costantemente sottoposti a confronti e paragoni che rendono difficile la prevenzione di disturbi legati all'IC. Questi aspetti, insieme all'esigenza di essere accettati dai pari e all'influenza della famiglia, possono incidere sullo sviluppo di un'immagine di sé stabile e funzionale. I fattori predisponenti sono molteplici, ma il filo conduttore rimane l'insoddisfazione verso la propria persona.

Le diverse edizioni del DSM

La definizione diagnostica dei disturbi del comportamento alimentare nelle varie edizioni del Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali (DSM) è significativamente cambiata nel corso del tempo (tab. 1). Il DSM I (1952)³⁰, che rappresenta la prima descrizione sistematica dei disturbi mentali secondo

²⁸ I disturbi legati all'IC si trovano con una certa frequenza negli ambienti chirurgici. Si stima che tra il 6 e il 15% di coloro che ricorrono alla chirurgia plastica abbia dei vissuti di disagio legati all'IC. Alcuni studi di Maffei e Fossati, sottolineano una possibile correlazione tra il dimorfismo e alcuni disturbi di personalità: G. MAFFEI, A. FOSSATI, *I disturbi di personalità: prospettive della ricerca in psicologia clinica per la prassi medica generale*, "Ricerche di psicologia", 1, 1997, pp. 317-327.

²⁹ D.B. SARWER, C.E. CRERAND. *Psychological issues in patient outcomes*. "Facial Plast Surg", 2002, 18, pp. 125-134.

³⁰ DSMI American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (1st ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 1952.

l'American Psychiatric Association, considera l'anoressia nervosa (AN) come sintomo di psiconevrosi, in quanto i DCA venivano all'epoca considerati sintomi di isteria. La AN viene pertanto inserita fra i disturbi gastrointestinali funzionali, categoria che include fra gli altri la gastrite cronica, lo spasmo pilorico e l'intestino irritabile, in cui i disturbi emotivi giocano un ruolo causativo³¹.

Successivamente il DSM II³² presenta l'AN come Disturbo dell'Alimentazione (*feeding disorder*), condizione psicopatologica caratterizzata da un solo sintomo, insieme alla Pica e al Disturbo di Ruminazione. Soltanto nel DSM III (1980)³³ compare la descrizione della Bulimia come complicanza dell'AN dopo la pubblicazione del lavoro di Russell, che ne illustra le caratteristiche cliniche³⁴. Una piena autonomia nosografica venne riconosciuta alla Bulimia Nervosa (BN) con la nuova edizione del DSM III-R (1987)³⁵, nel quale la BN entra quindi come diagnosi formale, definita dai seguenti criteri: 1) la persona manifesta frequenti abbuffate, caratterizzate da ingestione di grandi quantità di cibo, associate a sensazione di perdita di controllo; 2) la persona utilizza misure estreme per controllare il peso e la forma del corpo, quali vomito autoindotto, ingestione di lassativi e diuretici, esercizio fisico e digiuno; 3) la persona è eccessivamente preoccupata circa la forma e il peso corporeo e manifesta continua preoccupa-

³¹ *Ibidem*.

³² DSMII American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (2nd ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 1958.

³³ DSMIII American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3rd ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 1980.

³⁴ G. RUSSELL, *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*, "Psychological Medicine", 3, 1979 Aug 9, pp. 429-448.

³⁵ DSMIIIR American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3rd-R ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 1987.

zione di aumentare di peso. I disturbi dell'alimentazione vengono ora considerati come disturbi autonomi, classificati insieme ai disturbi della fanciullezza e dell'adolescenza, in considerazione della più frequente insorgenza in età evolutiva.

Nel DSM IV (1994)³⁶ e nel DSM IV-R (2000)³⁷, oltre alla AN e alla BN viene descritto il *Binge Eating Disorder* (BED) inserito fra i disturbi del comportamento alimentare (DCA) non altrimenti definiti. Nel DSM IV i disturbi dell'alimentazione vengono ancora inseriti tra i disturbi dell'infanzia e della fanciullezza. Soltanto nel DSM-5 (2013)³⁸ i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione estendono i limiti cronologici dei criteri diagnostici dall'età infantile all'età adulta e comprendono, dunque, le diverse età della vita. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano la salute fisica o il funzionamento sociale³⁹. Sempre nel DSM-5 il BED viene descritto come diagnosi formale: il disturbo è caratterizzato, come la BN, dalla presenza di abbuffate compulsive, che il soggetto vive con sensi di colpa, sofferenza e disagio, ma mancano le condotte di eliminazione, presenti nella BN⁴⁰. Pertanto, le modifiche descrittive dei DCA nel DSM V consentono di definire la patologia alimentare di un maggior numero di soggetti, che possono rientrare in modo formale nelle diverse categorie dia-

³⁶ DSMIV American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 1994.

³⁷ DSMIVR American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th-R ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 2000.

³⁸ DSM-5 American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 2013.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

gnostiche. I disordini classificati come disturbi dell'alimentazione e del comportamento alimentare dell'infanzia e della fanciullezza nel DSM IV, in modo particolare ARFID (*avoidant restrictive food intake disorder*-disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo), rifiuto dell'alimentazione non legato a un disturbo dell'immagine del corpo né al desiderio di essere più magri⁴¹, il disturbo di ruminazione e la pica vengono compresi nel DSM V insieme agli altri DCA in una singola categoria *Feeding and Eating Disorders* (disturbi della nutrizione e dell'alimentazione). Al fine di creare un'unica categoria rappresentativa da due categorie separate, queste diagnosi prima limitate all'età evolutiva vengono riviste in modo da renderle appropriate sia per l'età adulta che per l'età infantile. In particolare, per i criteri diagnostici di AN vengono proposte alcune modifiche; AN rimane caratterizzata da basso peso, ma questo viene considerato inferiore al peso minimo normale per l'adulto o inferiore al peso minimo atteso per i bambini e gli adolescenti; inoltre viene sospeso il criterio della amenorrea post-menarca, richiesto dal DSM IV per porre diagnosi di AN. Tale modifica nasce dalla ricerca che documenta come le pazienti anoressiche che hanno mantenuto il ciclo mestruale, non differiscono significativamente da quelle che invece hanno perduto il ciclo⁴². In conclusione, il capitolo del DSM-5, che comprende i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, raggruppa ARFID, disturbo da ruminazione e pica insieme ad anoressia nervosa, bulimia nervosa, *Binge Eating Disorder* (BED, disturbo da alimentazione incontrollata). Compare ancora la categoria diagnostica del disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato, che comprende i casi non raggruppabili nelle categorie precedenti.

⁴¹ R. BRYANT, R. WAUGH, *Arfid Avoidant Restrictive Food intake disorder*, Routledge, Oxon 2020.

⁴² C. CALL, B.T. WALSH, E. ATTIA, *From DSM-IV to DSM-5*, "Current Opinions Psychiatry", 26, 2013, pp. 532-536; E. ATTIA, A. BECKER, R. BRYANT-WAUGH, H. HOEK ET AL., *Feeding and eating disorders in DSM-5*, "American Journal of Psychiatry", 170(11), 2013, pp. 1237-1239.

In particolare, i soggetti obesi con BED possono essere identificati in una specifica categoria diagnostica del DSM-5, che non include, invece, l'obesità in quanto tale come disturbo mentale. Numerosi fattori genetici ed epigenetici, fisiologici, comportamentali ed ecologici, variabili nei diversi soggetti contribuiscono all'eziopatogenesi dell'obesità, che pertanto non viene considerata un disturbo mentale. Tuttavia vi sono associazioni significative tra l'obesità e diversi disturbi mentali (BED, Disturbo Depressivo e Bipolare, Schizofrenia)⁴³.

ED and DSM		
1952	DSM I	AN come sintomo di nevrosi
1968	DSM II	AN come disturbo alim. Pica Ruminazione
1980	DSM III	AN Bulimia
1987	DSM III R	AN Bulimia Nervosa
1994	DSM IV	AN Bulimia Nervosa
2000	DSM IV R	AN Bulimia Nervosa BED proposto
2013	DSM V	AN, BN, BINGE EATING D.

Tab. 1- Evoluzione diagnosi ED nelle successive edizioni DSM . (v testo).

Obesità e disturbi dell'alimentazione

Ai bambini obesi sono rivolti i primi studi di H. Bruch sui disturbi psicogeni dell'alimentazione⁴⁴: il bambino obeso non sem-

⁴³ DSMV American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.) American Psychiatric Publishing, Arlington (VA) 2013.

⁴⁴ H. BRUCH, G. TOURAINE, *Obesity in Childhood: The Family frame of obese children*, "Psychosomatic Medicine", 2, 1940, p. 141; F. SEVERI, A. VERRI, C. LIVIERI, *Eating behavior and psychological profile in childhood obesity*, in Pri-

bra essere in grado di discriminare le proprie sensazioni corporee e in particolare di distinguere le sensazioni di fame e sazietà dai propri bisogni affettivi, a causa di un alterato precoce rapporto con la madre, che offre indiscriminatamente cibo in risposta a bisogni affettivi. A distanza di tempo, quando lo stesso bambino diventerà ansioso o annoiato, egli tenderà a confondere questi sentimenti con la fame, e risponderà con l'eccessiva alimentazione. La Bruch estenderà in seguito queste teorie agli altri DCA di cui si occuperà⁴⁵.

Anche Stunkard (1959-1993) è stato tra i primi a descrivere il BED nei soggetti obesi; egli considera la tendenza a iperalimentarsi e il disturbo dell'immagine di sé, in particolare la sensazione che il proprio corpo sia grottesco e gli altri possano considerarlo con ostilità e disprezzo, come disturbi psicologici tipici associati a obesità⁴⁶. Più recentemente Hebebrand sottolinea come la stigmatizzazione dell'obesità in età pediatrica, da parte tanto dei compagni, quanto degli insegnanti e dei genitori o anche del personale sanitario, sia diffusa, spesso accompagnata da atti di bullismo; e come essa sia responsabile di complicanze psichiatriche, in mancanza di adeguati fattori protettivi⁴⁷.

Si è osservato inoltre che soggetti obesi con *binge eating* manifestano livelli di psicopatologia più elevati dei pazienti obesi non *binge eaters*; gli stessi pazienti non sono in grado di seguire programmi dietetici, ma falliscono costantemente, recuperando l'eventuale perdita di peso: tuttavia l'obesità in quanto tale, come sopra riferito, non è inclusa nel DSM V come disturbo dell'ali-

mary and Secondary Eating Disorders, eds. E. FERRARI, F. BRAMBILLA, B. SOLERTE, Pergamon Press, Oxford 1993, pp. 329-337.

⁴⁵ BRUCH, *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within* cit.

⁴⁶ A.J. STUNKARD, *Eating patterns and obesity*, "Psychiatric Quarterly", 33, 1959, pp. 284-294.

⁴⁷ J. HEBEBRAND, B. HERPERTZ-DAHLMANN, *Psychological and psychiatric aspects of pediatric obesity*, "Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America", 18(1), 2009, pp. 49-65.

mentazione, per la complessità della sua eziopatogenesi. Fattori ambientali (stile di vita, sedentarietà, iperalimentazione), genetici ed epigenetici, sono responsabili dell'insorgenza dell'obesità. In considerazione dell'attuale esplosivo incremento della prevalenza, ai fattori ambientali viene attribuito il ruolo più significativo⁴⁸. Si distingue sul piano classificativo l'obesità "comune" di origine epi- e poligenetica, dalle rare forme sindromiche (e.g.: sindrome di Prader Willi, Bardet Biedl, etc.) associate a disabilità intellettiva e a anomalie congenite, e da quelle monogenetiche (e.g. deficit congenito di leptina), clinicamente caratterizzate da iperfagia a esordio precoce, definite obesità non sindromiche⁴⁹. Tuttavia, sempre più si evidenziano correlazioni fra le forme rare e quelle comuni di obesità.

Conclusioni

Dall'antichità sono note le estreme magrezze e le obesità, caratterizzate da appetito vorace⁵⁰. Tuttavia, i diversi quadri clinici dei DCA vengono descritti nel corso del Novecento e il DSM costituisce un utile strumento per seguire l'evoluzione delle classificazioni. All'inizio del Novecento, la fame diventa "sempre più popolare e la scienza si occupa di questi argomenti, anche l'arte la segue"⁵¹. A questo proposito anche Kafka descrive i temi

⁴⁸ E. BURGIO, A. LOPOMO, L. MIGLIORE, *Obesity and diabetes: from genetics to epigenetics*, "Molecular Biological Reports", 42(4), 2015, pp. 799-818; K.D. HALL, *Did the food environment cause the obesity epidemic*, "Obesity" (Silver Spring), 26, 2018, pp. 11-13.

⁴⁹ L. KLEINENDORST, M.M. VAN HAELST, E.L.T. VAN DEN AKKER, *Genetics of Obesity*, in *Genetics of Endocrine Diseases and Syndromes*", eds. P. IGAZ, A. PATÓCS, Springer, New York 2019 (EXS vol. 111).

⁵⁰ STUNKARD, *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* cit.; inoltre C.G. FAIRBURN, *Bulimia nervosa*, "British Journal Hospital Medicine", 29(6), 1983, pp. 537-538, 541-542.

⁵¹ Knut Hamsun (Hunger, Philipsens Forlag 1890) citato da N. DIEZEMANN, *Die Kunst des Hungerns*, Kulturverlag Kadmos, Berlin 2005.

dell'alimentazione e i disturbi a questa correlati nei racconti *Die Verwandlung (La metamorfosi)* e *Ein Hungerkünstler (L'artista della fame)*⁵².

Dal punto di vista sociologico, la Brumberg mette in evidenza come l'anoressia emerga a fine Ottocento fra le giovani della borghesia vittoriana⁵³, mentre Hilde Bruch nel 1940 inizia la sua attività clinica pediatrica e poi pedopsichiatrica fra i bambini obesi degli immigrati di New York, osservando le caratteristiche del rapporto madre-bambino⁵⁴.

In considerazione della complessità dei quadri clinici come della etiopatogenesi e dell'avanzare attuale degli studi sugli aspetti biologici dei DCA (genetici, neuroradiologici, neurofisiologici metabolomici), risulta ancora più apprezzabile la classificazione dell'ultimo DSM V, che rende possibile differenziare i principali quadri diagnostici. A questo proposito ricordiamo che il DSM IV riconosceva soltanto due disturbi specifici del comportamento alimentare, cioè anoressia nervosa e bulimia nervosa; tuttavia, una grande parte dei soggetti che presentavano significativi disturbi clinici dell'alimentazione non rientravano in nessuna di queste categorie diagnostiche e perciò venivano assegnati alla residua categoria "disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato". Certamente il cambiamento più significativo proposto dal DSM V è il riconoscimento ufficiale del disturbo da abbuffate incontrollate o BED. Sebbene la sua inclusione fosse già stata considerata per il DSM IV, alla fine venne deciso che i dati disponibili in proposito erano insufficienti; pertanto, furono necessarie ulteriori ricerche al fine di definire i criteri preliminari

⁵² *Ibidem*.

⁵³ J.J. BRUMBERG, *Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1988.

⁵⁴ Cfr. J. H. BRUCH, *Unlocking the Golden Cage. An Intimate Biography of Hilde Bruch, M.D.*, Gürze Books, Carlsbad (CA) 1996.

per il BED. Gli ulteriori elementi raccolti documentarono la utilità clinica e la validità della categoria diagnostica proposta⁵⁵.

Un secondo cambiamento riguarda la categoria “disturbo dell'alimentazione dell'infanzia e della fanciullezza” del DSM IV: questo disturbo è stato denominato nel DSM V “disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo”. Ci sono stati due motivi principali per questi cambiamenti: la categoria diagnostica del DSM IV è stata raramente utilizzata, per cui vi erano pochi dati disponibili. Inoltre un folto gruppo di soggetti, prevalentemente ma non esclusivamente bambini e adolescenti, sostanzialmente restringe la propria assunzione di cibo e presenta problemi fisiologici o psicosociali associati, ma questi non rientrano in nessuna categoria DSM IV. Attualmente il disturbo da evitamento restrittivo dell'assunzione di cibo del DSM V costituisce un'ampia categoria che può includere tutti questi tipi di presentazioni. Per quanto riguarda la bulimia nervosa l'unico cambiamento introdotto nel DSM V è la frequenza media degli episodi di abbuffate, ridotta da due a una volta alla settimana. Le caratteristiche cliniche sono simili invece a quelle proposte per il DSM IV.

Come già nel DSM IV, l'obesità non viene inclusa nel DSM V come disturbo mentale, poiché risulta da un eccesso di calorie introdotte rispetto alla spesa energetica. Fattori genetici, fisiologici, comportamentali che variano attraverso i soggetti contribuiscono allo sviluppo dell'obesità, che di per sé non può quindi essere considerata un disturbo mentale. Tuttavia, come abbiamo già detto, vi sono numerose associazioni tra l'obesità e diverse categorie psichiatriche: comorbidità che sono rilevanti sia per le caratteristiche del disturbo, sia per il suo trattamento. Pertanto, l'obesità non costituisce di per sé un disturbo mentale: si tratta in ogni caso di una condizione in continuo aumento, con una rilevante comor-

⁵⁵ ATTIA, BECKER, BRYANT-WAUGH, HOEK ET AL., *Feeding and eating disorders in DSM-5* cit., pp. 1237-1239.

bidità psichiatrica, che va tenuta in considerazione dai diversi specialisti che se ne occupano⁵⁶.

⁵⁶ *Ibidem.*

