Disturbo da alimentazione incontrollata

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (traduzione italiana del termine Binge Eating Disorder; BED) è un disturbo che si caratterizza per la presenza di crisi bulimiche in assenza di comportamenti di compensazione inappropriati per il controllo del peso.

Rispetto agli altri pazienti con [disturbi dell’alimentazione](http://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/), i soggetti con disturbo da alimentazione incontrollata hanno mediamente un peso maggiore, una maggiore frequenza di sovrappeso o obesità, una età di esordio più varia (che può essere a qualsiasi età, mentre per anoressia nervosa e bulimia nervosa è soprattutto in età adolescenziale), una maggiore prevalenza anche nelle persone di sesso maschile. Spesso le persone con disturbo da alimentazione incontrollata si rivolgono ai centri per il trattamento dell’obesità, ma rispetto ai pazienti con obesità riportano una maggiore presenza di sintomi psichiatrici, in particolare depressione, disturbi d’ansia e di personalità.

Anche chi soffre di disturbo da alimentazione incontrollata prova un senso di vergogna e di insoddisfazione per il proprio corpo, anche se non necessariamente viene perseguito un ideale di magrezza estremo. Essi avvertono un profondo senso di disagio nel perdere il controllo con il cibo, ma a differenza dei soggetti con [bulimia nervosa](http://disturbialimentariveneto.it/bulimia-nervosa/), non sempre danno un’importanza eccessiva al peso o alla figura corporea per valutare se stessi. Come le persone con obesità, le persone con disturbo da alimentazione incontrollata possono essere oggetto di discriminazione da parte degli altri a causa della loro condizione fisica.

**Criteri diagnostici del disturbo da alimentazione incontrollata secondo il DSM-5**

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
2. Sensazione di perdere il controllo durante l’episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale
2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
5. Sentirsi disgustato di sé stesso, depresso o assai in colpa dopo l’abbuffata

C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate

D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E. Le abbuffate non sono associate con l’attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell’anoressia nervosa

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

* Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana
* Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana
* Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana

# Estremo: 14 o più crisi bulimiche

# Disturbi dell’alimentazione sottosoglia

**Disturbi dell’alimentazione sottosoglia**

Il DSM-5 distingue due gruppi di disturbi dell’alimentazione sottosoglia, ossia di quei disturbi che, pur necessitando di attenzione clinica, non soddisfano i criteri diagnostici per uno dei disturbi dell’alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione compulsiva): i disturbi dell’alimentazione altrimenti specificati e i disturbi dell’alimentazione non altrimenti specificati.

**Criteri diagnostici per i disturbi dell’alimentazione altrimenti specificati secondo il DSM-5**

Questa categoria include le presentazioni con caratteristiche simili a quelle dei disturbi dell’alimentazione, che causano una significativa disfunzione, ma non soddisfano i criteri per i disturbi specifici. Ad esempio:

* Anoressia nervosa atipica: tutti i criteri per [anoressia nervosa](http://disturbialimentariveneto.it/anoressia-nervosa/) sono soddisfatti, ad eccezione che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso corrente dell’individuo rimane compreso nel range di normalità.
* Bulimia nervosa di bassa frequenza e/o limitata durata: tutti i criteri per [bulimia nervosa](http://disturbialimentariveneto.it/bulimia-nervosa/) sono soddisfatti, ad eccezione che le crisi bulimiche e i comportamenti compensatori inappropriati avvengono, di media, meno di una volta a settimana e/o per meno di 3 mesi.
* Disturbo da alimentazione incontrollata di bassa frequenza e/o limitata durata: tutti i criteri per il [disturbo da alimentazione incontrollata](http://disturbialimentariveneto.it/disturbo-da-alimentazione-incontrollata/) sono soddisfatti, ad eccezione che le crisi bulimiche avvengono, di media, meno di una volta a settimana e/o per meno di 3 mesi.
* Purging disorder (disturbo da condotte di eliminazione): ricorrenti condotte di eliminazione adottate per influenzare il peso o la forma corporei (per esempio vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di crisi bulimiche.
* Night eating syndrome: ricorrenti episodi di alimentazione notturna che si manifestano con il cibarsi dopo il risveglio dal sonno o con il consumo eccessivo di cibo dopo il pasto serale. C’è consapevolezza e ricordo del pasto. Il disturbo non è spiegato da influenze esterne come cambio nelle abitudini del ciclo sonno-veglia dell’individuo o da norme sociali locali. L’alimentazione notturna causa uno stress significativo e/o impotenza funzionale. Il disordine alimentare non è meglio spiegato dal [disturbo da alimentazione incontrollata](http://disturbialimentariveneto.it/disturbo-da-alimentazione-incontrollata/) o un altro disturbo mentale, incluso l’abuso di sostanze, e non è attribuibile ad un altro disturbo medico o ad un effetto di un farmaco.

**Criteri diagnostici per i disturbi dell’alimentazione non altrimenti specificati secondo il DSM-5**

# Questa categoria include le presentazioni con caratteristiche simili a quelle dei disturbi dell’alimentazione, che causano una significativa disfunzione, ma non soddisfano i criteri per i disturbi specifici. Questa categoria trova utilizzo anche nei casi in cui il medico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non incontrano una vera e propria diagnosi di disturbo dell’alimentazione e include le presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per provvedere ad una diagnosi più specifica (ad esempio durante una valutazione in Pronto Soccorso).

# Disturbi della nutrizione (feeding disorders)

**Disturbi della nutrizione**

Il DSM-5 ha raggruppato in una unica categoria i disturbi dell’alimentazione (in inglese: eating disorders) e i disturbi della nutrizione (feeding disorders). I Disturbi della nutrizione comprendono la pica, la ruminazione, il disturbo da evitamento/restrizione dell’assunzione di cibo. In questa sezione sono descritti i criteri diagnostici dei disturbi della nutrizione.

**Criteri diagnostici della pica secondo il DSM-5**

A. Mangiare in modo persistente sostanze non nutritive, non alimentari per un periodo di almeno 1 mese.

B. Il consumo di sostanze non alimentari e non nutritive, è non adeguato al livello evolutivo individuale

C. Il comportamento alimentare non è parte di una prassi culturalmente o socialmente condivisa

D. Se il comportamento alimentare si verifica nel contesto di un altro disturbo mentale (Disabilità Intellettuale, Disturbo dello Spettro Autistico, Schizofrenia) o condizione medica (compresa la gravidanza), è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica

**Criteri diagnostici del disturbo da ruminazione secondo il DSM-5**

A. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, re-ingerito o sputato

B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile ad un disturbo gastrointestinale associato o altra condizione medica (reflusso gastroesofageo, stenosi pilorica)

C. Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente durante il corso di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-eating Disorder o Disturbo dell’Assunzione di Cibo Evitante/Restrittivo

D. Se i sintomi che si verificano nel contesto di un altro disturbo mentale (Disabilità Intellettiva o un altro disturbo dello sviluppo neurologico), sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione medica

**Criteri diagnostici del disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di cibo secondo il DSM-5**

A. Un mangiare o alimentazione disturbo (ad esempio, apparente mancanza di interesse per mangiare o cibo; evitamento sulla base caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione per conseguenze spiacevoli di mangiare), come manifestato da incapacità persistente di soddisfare in modo appropriato il fabbisogno nutrizionale e/o energetico associato ad una (o più) dei seguenti elementi:

1. Significativa perdita di peso (o il mancato raggiungimento di un aumento di peso previsto o instabile crescita nei bambini)
2. Carenza nutrizionale significativa
3. Dipendenza da nutrizione enterale o supplementi nutrizionali orali
4. Interferenze marcate con il funzionamento psicosociale

B. Il disturbo non è meglio spiegato dalla mancanza di cibo a disposizione o da una pratica culturale associata

C. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il corso di Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui viene vissuto il proprio peso e forma corporei

D. Il disturbo alimentare non è attribuibile ad una condizione medica concomitante o non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale Quando il disturbo alimentare si verifica nel contesto di un’altra. condizione medica o disturbo, la gravità del disturbo alimentare supera quella abitualmente associata con la condizione medica e necessita di ulteriore attenzione clinica