

I disturbi del comportamento alimentare

Cosa sono i disturbi del comportamento alimentare? A spiegarcelo il dott. Franco Scita, medico psichiatra e responsabile del [reparto DCA dell’Ospedale Maria Luigia](#). I disturbi del comportamento alimentare (detti anche DCA) sono disturbi psichiatrici invalidanti, potenzialmente mortali, che compromettono la salute fisica e il funzionamento sociale dell’individuo. Sono disturbi caratterizzati da un rapporto patologico con l’alimentazione e con il proprio corpo. I disturbi dell’alimentazione più conosciuti sono l’[anoressia nervosa](#), la [bulimia nervosa](#) e il [binge eating disorder](#). Presso il reparto DCA dell’Ospedale Maria Luigia sono trattati, con un percorso multidisciplinare integrato, diversi disturbi del comportamento alimentare. (Fonte: <https://www.ospedalemarialuigia.it/> 22 settembre 2025)



Disturbi del Comportamento Alimentare

I **disturbi del comportamento alimentare (DCA)** o come si preferisce chiamarli più modernamente, **disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (DNA)**, sono un gruppo variegato di malattie comprese e classificate fra i disturbi psichiatrici. Causati da una serie complessa e molteplice di fattori, i **disturbi del comportamento alimentare** esprimono una condizione di profondo disagio e di malessere psicologico.

I **disturbi alimentari** sono caratterizzati da comportamenti alimentari patologici e/o comportamenti di controllo del peso e delle forme del proprio corpo.

Disturbi alimentari e corporeità

I **disturbi alimentari** si caratterizzano per essere disturbi in cui il rapporto con il proprio corpo risulta significativamente alterato. Spesso questo è causa di preoccupazioni verso il **corpo** che tendono ad essere diverse a seconda del genere.

Negli uomini, ad esempio, le preoccupazioni sono frequentemente rivolte ad un corpo percepito come **poco muscoloso o mascolino**. E che possono portare ad un disturbo chiamato “**bigoressia**” o “**vigoressia**” in cui si percepisce un corpo sempre minuto e mai sufficientemente muscoloso, anche a fronte di un corpo significativamente allenato e tonico.

Nelle donne le preoccupazioni per il proprio corpo tendono a concentrarsi principalmente attorno a peso e forme corporee. Molto frequentemente il corpo viene percepito come non sufficientemente magro ed esile ([Treasure et al., 2020](#)) anche a fronte di quadri di sottopeso molto gravi.

Queste differenze di genere non sono comunque assolute ed è possibile osservare casi opposti.

Anoressia nervosa

L'[**anoressia nervosa**](#) è il più conosciuto tra i **disturbi del comportamento alimentare**. È un disturbo caratterizzato dall'intensa paura di ingrassare e da un alterata relazione con il proprio corpo, che porta a **gravi restrizioni alimentari** o ad altri comportamenti di controllo del peso (es. [**l'attività fisica eccessiva**](#)).

L'anoressia, a differenza della bulimia, non si caratterizza dalla presenza frequente di episodi di vomito, come spesso erroneamente si pensa. Il vomito autoindotto, unito a episodi di abbuffate, è invece tipico della **bulimia nervosa**.

L'anoressia si caratterizza piuttosto dalla riduzione dell'introito calorico (spesso diete fai-da-te molto restrittive) e un aumentata attività fisica che portano ad una progressiva perdita di peso. Solo nella variante “*anoressia purging*” il quadro si caratterizza per episodi di vomito autoindotto.

Problematiche cognitive ed emotive dell'anoressia

Oltre alle problematiche relative al comportamento alimentare, in coloro che soffrono di anoressia nervosa, sono presenti alterazioni della sfera cognitiva ed emotiva ([Treasure, 2015](#)).

Da un punto di vista cognitivo le pazienti con **anoressia nervosa** spesso presentano un pensiero rigido, focalizzato solo su pochi e stereotipati temi, che riguardano principalmente il cibo e il proprio corpo. Il quadro spesso è tanto peggiore quanto grave è il deperimento organico, in quanto uno stato di grave sottopeso di per sé determina una serie di problematiche cognitive.

Anche a livello emotivo, le pazienti con **anoressia** spesso presentano numerose difficoltà che vanno dalla marcata presenza di emozioni negative (emozioni come la colpa e la vergogna, unite a sensazioni di inutilità e scarso valore personale), fino a difficoltà nel riconoscimento delle emozioni (**alessitimia**) e nella loro regolazione.

Problematiche internistiche relative all'anoressia

L'eccessiva magrezza, causata da diete sempre più rigide, porta inoltre a **problemi di natura medico-internistica** che possono essere anche fatali. L'**anoressia nervosa** è infatti uno dei disturbi psichiatrici con il più alto tasso di mortalità.

Le problematiche **medico-internistiche** possono interessare tutti gli organi e i sistemi, e rappresentano un fattore di primaria importanza nel percorso di cura per l'**anoressia nervosa**. Il graduale miglioramento delle condizioni medico-internistiche unito ad un recupero ponderale è infatti necessario per far sì che gli interventi psicoterapeutici possano risultare efficaci.

Per approfondire leggi: [Anoressia Nervosa. Diagnosi, sintomi e cura.](#)

Bulimia nervosa

La **bulimia nervosa**, il cui termine significa “*fame da bue*”, fa parte dei **disturbi del comportamento alimentare** e che si caratterizza per la presenza di abbuffate seguite da vomito autoindotto o altri comportamenti di compenso.

Un'**abbuffata** si definisce come un evento, in un arco di tempo relativamente breve, durante il quale una persona perde il controllo nel mangiare e ingerisce grandi quantità di cibo.

Bulimia nervosa e condotte di compenso

L'**abbuffata**, nella **bulimia**, è seguita dal bisogno immediato di svuotare lo stomaco attraverso il vomito auto-provocato. Il vomito serve a ridurre la sensazione di dolorosa pienezza dell'addome, ma anche a limitare gli effetti dell'eccessiva introduzione di calorie nel corpo ([Wade, 2019](#)).

La **persona che si abbuffa** sperimenta spesso questo comportamento come una cessione involontaria al bisogno di mangiare, seguita da sentimenti intensi di colpa. Per far fronte a questi sentimenti e per cercare di annullare l'effetto delle calorie assunte, ricorre frequentemente all'**induzione del vomito**. Questo, tuttavia, non è l'unico metodo adottato: esistono vari altri comportamenti compensatori atti a contrastare l'aumento calorico dovuto alle abbuffate come:

- uso inappropriato di lassativi
- digiuno prolungato dopo le abbuffate
- esercizio fisico eccessivo

Anche in chi soffre di **bulimia nervosa** è pervasiva l'insoddisfazione corporea e, così come nell'anoressia nervosa, molti dei comportamenti alimentari sono in parte orientati a cercare di ottenere un controllo sulle forme del proprio corpo.

Per approfondire leggi: [bulimia nervosa: cause, sintomi e cura.](#)

Binge eating disorder

Il **binge eating disorder** (BED), in italiano tradotto con **disturbo da alimentazione incontrollata**, è stato solo recentemente inserito fra i **disturbi del comportamento alimentare**.

Come per la **bulimia nervosa**, il **BED** si caratterizza per la presenza di abbuffate che però non sono seguite da comportamenti compensatori (ad es. il vomito). Il **BED** determina, di norma, un notevole aumento di peso. Tale disturbo porta spesso a obesità grave con complicazioni medico-internistiche importanti ([Hilbert., 2018](#)).

Chi soffre di **binge eating disorder** spesso ha una lunga storia di numerose diete fallite. Questi continui fallimenti sono dovuti al fatto di non aver mai riconosciuto il disturbo psicologico che è alla base del **disturbo del comportamento alimentare** e della susseguente obesità.

Per approfondire leggi: [binge eating disorder e obesità: cause, sintomi e cura](#).

Disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione del cibo

Il **disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione del cibo** è un disturbo che colpisce a qualsiasi età. Il **disturbo evitante-restrittivo** (detto anche ARFID) è caratterizzato da:

- un apparente mancanza di interesse per l'alimentazione,
- dall'evitamento di alcuni cibi per le loro caratteristiche sensoriali
- da preoccupazioni rispetto a possibili conseguenze dannose nell'alimentarsi.

Lo stesso DSM-5 precisa comunque che, nonostante siano queste le caratteristiche principali, possono esserci altri aspetti psicologici che sottendono all'evitamento del cibo (Strand et al., 2018).

Epidemiologia dei disturbi alimentari

I **disturbi alimentari** possono colpire individui di ogni età, genere, sesso e aree geografiche anche se principalmente i soggetti più a rischio sono quelli di sesso femminile. Gli adolescenti e i giovani adulti sono inoltre più a rischio di sviluppare il disturbo.

L'**anoressia nervosa**, nello specifico, tende a manifestarsi precocemente, con un'età di insorgenza media più bassa rispetto a **bulimia nervosa** e **binge eating disorder** ([Litmanen et al., 2017](#)).

Disturbi alimentari e differenze di genere

Per quel che riguarda **anoressia** e la **bulimia** esiste una netta prevalenza di genere. Le donne sono nettamente più colpite degli uomini, con un rapporto di circa 9:1.

Negli ultimi anni comunque si è osservato un aumento di incidenza dell'anoressia nel sesso maschile. Numerosi altri fattori di rischio sono oggi riconosciuti esercitare un ruolo nello sviluppo di questi **disturbi dell'alimentazione** tra cui:

- ricorso a diete frequenti
- la presenza di obesità nell'infanzia
- l'essere oggetto di scherno per il proprio peso o per le forme del corpo
- crescere in un ambiente che valorizza in modo estremo la magrezza
- l'insoddisfazione verso il proprio corpo

Cause dei disturbi del comportamento alimentare

La **causa** scatenante di questi **disturbi del comportamento alimentare** è spesso una dieta iniziata in adolescenza. Che però spesso copre problematiche psicologiche più profonde. Per questo il principale trattamento dei DCA è la psicoterapia.

Si dice infatti che la genesi dei **disturbi alimentari** sia di tipo multifattoriale, esistono infatti predisposizioni genetiche ed epigenetiche, cause ambientali e fattori psicologici individuali che possono predisporre o slantentizzare un **disturbo alimentare**.

Cause e fattori di rischio per binge eating disorder

Se **anoressia** e **bulimia** sono molto più frequenti nelle donne, il **binge eating disorder** è invece il **disturbo del comportamento alimentare** più frequente negli uomini. Il sesso maschile rappresenta circa il 40% delle diagnosi di disturbo da alimentazione incontrollata. Le cause e i fattori di rischio principali per lo sviluppo del binge eating disorder sono:

- eventi traumatici nella vita
- insoddisfazione verso il proprio corpo
- bassa autostima
- difficoltà nelle gestioni delle emozioni

Inoltre è significativo sottolineare la stretta correlazione tra **binge eating disorder** e depressione. E' molto frequente infatti ritrovare un disturbo depressivo in pazienti con **disturbo dell'alimentazione incontrollata**. Il trattamento della depressione quindi spesso è concomitante alla cura del **disturbo del comportamento alimentare**.

Sintomi dei disturbi del comportamento alimentare

I principali **sintomi** dei **disturbi del comportamento alimentare** sono specifici per patologia. I **sintomi** caratteristici dell'**anoressia nervosa** sono il dimagrimento progressivo e il rifiuto di mantenere un peso adeguato all'età. I **sintomi** tipici della **bulimia nervosa** sono le abbuffate con perdita del controllo e i comportamenti di compenso (ad es. vomito autoindotto).

Sintomo comune nell'anoressia e nella bulimia è una patologica relazione con il proprio corpo che può sfociare nel **disturbo dell'immagine corporea**. Un disturbo nel quale l'insoddisfazione per il proprio corpo si unisce ad una alterata percezione dello stesso. una condizione per cui il paziente non riesce più a percepire correttamente le forme del proprio corpo.

Il **sintomo** principale del **binge eating disorder** è rappresentato dall'abbuffata e dalla perdita di controllo mentre si sta mangiando. A differenza della **bulimia nervosa**, nel **binge eating disorder** però non ci sono condotte di eliminazione.

Chi soffre di questo **disturbo del comportamento alimentare** infatti, dopo l'abbuffata, nonostante siano presenti **sintomi fisici** (sensazione di esagerato gonfiore addominale e dolore allo stomaco)

e psicologici negativi (senso di vergogna, senso di colpa e disgusto verso se stessi) il paziente non mette in atto condotte di eliminazione.

Sintomi precoci di un disturbo alimentare

Particolare attenzione va data ai **sintomi precoci del disturbo alimentare**. Un segnale importante a cui fare attenzione per riconoscere l'esordio di un DCA è l'eccessiva attenzione data al peso e forme del corpo.

Molta attenzione deve essere inoltre posta alle diete (soprattutto se gestite in autonomia) intraprese per dimagrire. Soprattutto in adolescenza possono essere assai pericolose e favorire lo sviluppo un **disturbo del comportamento alimentare**.

Ulteriori **sintomi** e comportamenti d'esordio di un **disturbo alimentare** possono essere:

- alterazioni improvvise del tono dell'umore,
- tendenza ad isolarsi e a diventare più nervosi ed irritabili,
- studiare ossessionati dal voto e dal risultato,
- lasciare subito la tavola per recarsi in bagno,
- rifiutarsi di mangiare affermando di avere già provveduto fuori casa,
- ritrovare il frigo o la dispensa svuotati, etc.

E' quindi importante prestare attenzione soprattutto a cambi repentina nelle abitudini alimentari o nella personalità. Il riconoscimento precoce di un **disturbo alimentare** infatti rende più favorevole la prognosi.

Il ruolo dei genitori nei disturbi del comportamento alimentare

La principale raccomandazione che può essere fatta ai genitori è quella di favorire nei figli lo sviluppo di un adeguato livello di autostima e di autoefficacia. I figli devono essere incoraggiati ad affrontare la vita, sostenuti nelle prove del quotidiano, aiutati a tollerare le frustrazioni, senza legare il proprio valore all'**aspetto fisico** o alla prestazione fornita (ad es. nello studio o nello sport).

E' importante aiutare i figli a non basare il proprio valore e la propria amabilità su prestazioni da esibire. Questo disinnescia il perfezionismo clinico tipico di questi disturbi. Aiutarli ad ampliare lo schema di autovalutazione, nutrendo regolarmente la propria personalità è il miglior antidoto contro i **disturbi del comportamento alimentare**.

Inoltre, nel caso di un disturbo all'esordio è importante essere seguiti da professionisti esperti. Sempre più evidenze ci dicono infatti che i **disturbi del comportamento alimentare** vengono più facilmente trattati se tutta la famiglia si impegna in un percorso di cambiamento.

In particolare alcuni modelli sono stati proposti e prevedono un maggior coinvolgimento nei genitori nel percorso di cura, in particolare per pazienti minorenni. Un esempio riguarda il [New](#)

[Maudsley Model](#), un modello di trattamento che mette al centro del percorso la famiglia, con incontri dedicati ai genitori. ([Treasure et al., 2015](#))

Per maggiori approfondimenti leggi [il nostro articolo sul New Maudsley Model](#).

Cura dei disturbi del comportamento alimentare

La cura dei **disturbi dell'alimentazione**, proposto dall'Ospedale Maria Luigia, è un trattamento **specialistico** erogato da una equipe multidisciplinare composta da:

- psichiatri-psicoterapeuti
- medici internisti
- psicologi-psicoterapeuti
- dietisti
- tecnici della riabilitazione psichiatrica
- psicomotricisti
- infermieri
- assistenti sociali.

Il **protocollo di cura** prevede, di norma, una fase di **ricovero** ed una successiva fase di **day hospital**. Scopo del trattamento è quello di ripristinare, se necessario, un peso corporeo adeguato (evitando l'impiego di metodi di nutrizione forzata), sostenendo un regime alimentare sano e bilanciato, unito ad un intenso lavoro psicoterapeutico e riabilitativo integrato.

Lavorando sia individualmente che in gruppo le pazienti sono invitate ad affrontare i **sintomi del loro disturbo alimentare** e le problematiche psicologiche sottostanti.

Ricovero per disturbi del comportamento alimentare

Il **ricovero per disturbi alimentari** viene in genere effettuato quando la sintomatologia è particolarmente grave e/o la terapia ambulatoriale si è dimostrata inefficace. Infatti il **ricovero** consente, da un lato, di poter monitorare quotidianamente il paziente, i suoi parametri fisiologici e la sua condizione medico-internistica.

Dall'altro consente di poter osservare e valutare attentamente la gravità dei sintomi e la condizione psicopatologica generale garantendo così un miglior inquadramento diagnostico e l'impostazione di una corretta terapia.

Gli obiettivi

Il **primo obiettivo** è il ripristino di un corretto equilibrio metabolico e una normalizzazione delle condotte alimentari. Questa normalizzazione viene raggiunta attraverso i “pasti assistiti”: durante i pasti infatti i pazienti vengono sostenuti e incoraggiati dal personale ospedaliero a recuperare condotte alimentari funzionali e sane.

Con il passare delle settimane i progressi clinici consentono al paziente di accedere a quello che è chiamato il “tavolo autonomo” dove appunto non si viene più assistiti dal personale sanitario. Questo per favorire un graduale e progressivo “svezzamento” e recupero della propria autonomia a tavola.

In concomitanza a questo, durante il periodo di **ricovero**, il lavoro psicoterapeutico e riabilitativo è particolarmente intenso. I pazienti infatti sono coinvolti in attività terapeutiche individuali (es. colloqui) e di gruppo pensate per lavorare, in modo intensivo e multispecialistico, sui sintomi e sui correlati psicologici legati ai **disturbi del comportamento alimentare**.

Ambulatorio per i disturbi del comportamento alimentare

Nonostante il ricovero sia in certi casi fondamentale, certamente non è in grado di completare il lavoro psicologico e riabilitativo che spesso deve essere portato a termine a livello **ambulatoriale**. La stabilizzazione del peso e la remissione dei sintomi alimentari sono infatti le condizioni necessarie per proseguire con un lavoro terapeutico più approfondito e personalizzato (come ad esempio un percorso di psicoterapia).

Tutte le pazienti ricoverate sono infatti inviate nuovamente presso i rispettivi servizi territoriali di competenza o specialisti privati. La relazione con le diverse realtà territoriali è forte e viene mantenuta proprio nell'ottica di una continuità nella cura.

Per chi ne avesse necessità inoltre, presso il nostro poliambulatorio, è attivo un **ambulatorio per i disturbi alimentari** che offre percorsi di cura e riabilitazione specialistici. Presso il poliambulatorio infatti lavorano gli stessi professionisti che si occupano quotidianamente di **DCA** presso il reparto ospedaliero. Nello specifico sono attivi i seguenti percorsi:

- **Psicoterapia individuale con counseling nutrizionale** e controlli psichiatrici per il trattamento dei principali disturbi alimentari.
- Servizio dietistico specialistico per **disturbi dell'alimentazione**.
- **Trattamento del Binge Eating Disorder con obesità**: un percorso integrato per pazienti BED che prevede una mezza giornata di trattamento a settimana. Il percorso prevede pasti assistiti con consulto dietistico, un gruppo di educazione alimentare ed uno di psicoterapia. Il trattamento è completato da un colloquio psichiatrico-psicoterapeutico e da un'ora di attività fisica effettuata nella piscina delle Terme di Monticelli.
- **Trattamento del Disturbo dell'Immagine Corporea**: un percorso ambulatoriale specifico per il trattamento del **disturbo dell'immagine corporea**.