



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione.

Corso di laurea in Psicologia dello Sviluppo,
della personalità e delle relazioni
interpersonali.

Elaborato finale

Anoressia e Covid 19

Covid 19 and Anorexia

Relatrice

Prof.ssa Miscioscia Marina

Santi Sarajo

122392

Anno Accademico 2023-2024

INDICE

CAPITOLO 1. Quadro diagnostico ed incidenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

1.1 Quadro generale e diagnostico dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

1.2 La complicata relazione tra Anoressia ed ACE.

CAPITOLO 2. Il Covid-19, quadro epidemico ed andamento del virus.

2.1 Aspetti eziologici e sintomatologia del Coronavirus.

2.2 Cronologia delle ondate e delle quarantene.

CAPITOLO 3. I Disturbi del Comportamento Alimentare durante la pandemia.

3.1 Anoressia nel periodo pandemico e post pandemico.

4. Discussione.

5. Conclusioni.

6. Bibliografia

CAPITOLO 1

1.1 Quadro diagnostico e generale dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Il DSM-5-TR fornisce la seguente definizione per i Disturbi del Comportamento Alimentare e della Nutrizione.

“I Disturbi della Nutrizione e del Comportamento Alimentare sono caratterizzati da una persistente disturbo dell'alimentazione, o di comportamenti collegati con l'alimentazione, che determinano un alterato consumo, o un assorbimento di cibo, che danneggiano significativamente la salute fisica e/o il funzionamento sociale.” (APA,2022).

La stretta associazione tra disturbi alimentari e disagio psicologico e mentale è una novità relativamente recente. È solo dagli anni sessanti, infatti, che queste patologie vengono riconosciute come inerenti alla salute mentale e psicologica dei soggetti, precedentemente invece rientravano nella categoria di disagi internistici e nutrizionali (Sanavio & Cornoldi, 2017).

I DCA rientrano nella classificazione dei disturbi mentale dell'Asse I (disturbi psichiatrici e mentali) e, come detto precedentemente, il loro tratto più peculiare è un approccio disfunzionale e disadattivo all'alimentazione ed il loro conseguente comportamento.

Quindi, i Disturbi del Comportamento Alimentare sono delle patologie che hanno come aspetto peculiare e saliente dei comportamenti alimentari psicologici, accompagnati da delle variazioni di peso e/o problematiche sociali, che influenzano in modo marcato la qualità della vita di una persona ed il suo funzionamento (Qian, Wu, Liu, Zhu, Jin, Zhang, Wan, Li, Yu, 2021).

L'atteggiamento che un soggetto può assumere verso il cibo e verso i pasti sono molti e variabili. Aspetto comune e rinforzante di tali è il desiderio di essere in controllo, di colmare dei vuoti o di sentirsi vuoti, leggeri (APA,2022). Sono invece rintracciabili dei pattern comuni, indipendentemente dal disturbo, nel modo di alimentarsi e nel “rituale del pasto” che questi soggetti svolgono. I pazienti affetti da DCA mangiano da soli, nascosti da occhi ed eventuali critiche altrui (reali o sinonimo di ansie e paranoie del soggetto), sopraffatti dai sensi di colpa, dall'imbarazzo, dalla paura di essere additati e stigmatizzati come sovrappeso, sia che stiano mangiando un loro comfort food (cibo considerato come innocuo e sicuro dai pazienti con un DCA) che qualsiasi altro alimento. Non vogliono mangiare, contano in modo ossessivo le calorie e cercano sempre modi per ridurre l'apporto ed introito calorico giornaliero ma, allo stesso tempo, si preoccupano e si occupano dei pasti dei loro familiari ed amici cucinando loro prelibatezze di ogni tipo. Infine, indipendentemente dal tipo di disturbo, queste persone sono perennemente, e da sempre, insoddisfatte del loro aspetto, scontente del loro peso, appesantite da se stesse (Telfner, 2004). Quello che è costante è quindi una preoccupazione smisurata, totalizzante, destabilizzante per il proprio aspetto ed il proprio peso.

Questi disturbi risultano più comuni nella popolazione femminile rispetto alla maschile. Varie ricerche riportano, come valori e risultati di una prevalenza, per l'Anoressia Nervosa, nel sesso femminile dello 0,4% mentre risulta essere un disturbo meno frequente nella popolazione maschile, con un rapporto di 10:1. (Portale della Salute Mentale,2017). Questo sembra essere correlato a dei fattori culturali e sociali, dovuti anche a dei bias ed alla stigmatizzazione sociale che esiste nei confronti delle donne (Makino, Tsuboki, Dennerstein, 2004)).

Per la Bulimia Nervosa invece sembra esserci una prevalenza di 1,5% ed un rapporto di 1:10 tra maschi e femmine. (Portale della Salute Mentale, 2017).

Vari dati inoltre riportano che, nei Paesi Occidentali, i DCA sono una delle patologie più diffuse, con uno dei più alti tassi di mortalità tra le varie malattie psichiatriche. Il 25% dei soggetti affetti da tali infatti ne muore, ed il 5 % di questo campione muore a causa di suicidio. (Portale della Salute Mentale, 2017). I Disturbi del Comportamento Alimentare risultano essere molto più diffusi nei Paesi Occidentali a partire dalla globalizzazione e

dall' industrializzazione. In quegli anni, infatti, il range d'incidenza dei DCA è passato da essere 0.1% a diventare 3.8% (Duncan, Ziobrowski, Nicol, 2017).

I DCA sono pertanto anche un disturbo culturale, è impossibile escludere l'influenza della cultura di appartenenza dei pazienti considerando i fattori epigenetici. Lo stesso Thomas Gordon, psicologo ed educatore americano, definisce i DCA come delle "sindromi etniche", legate quanto più ai valori ed alle caratteristiche promosse dalla cultura occidentale (Gordon, 1990).

Il culto del magro ha inizio negli anni Sessanta, quando per la prima volta apparirono modelle, attrici e personaggi pubblici con un fisico tutt'altro che sano che viene esaltato, preso come modello di perfezione e standard di bellezza. Da quel momento l'epopea del culto del magro ha inizio, non è più bello quello che è armonioso, vitale e simbolo di salute, è bello ciò che è emaciato, asciutto, snello, e questo diventa quello che la società inizia a pretendere dalle donne (Telfner, 2004).

Nei primi anni duemila c'è un tentativo di deviare tale rotta ma figure di spicco e riferimento mantengono salda la rotta verso l'equazione bello=sano. Per fare un esempio tra tanti si può citare l'affermazione eclatante, che poi è diventata il motto dei più famosi blog e forum pro-anoressia e pro-bulimia, detta dalla modella britannica Kate Moss: "Nothing tastes as good as skinny feels". Il corpo non è più della persona che lo abita ma diventa un mezzo per esprimere agli altri il proprio valore, la propria bravura. Magro non è più solo bello, ma è anche indice di un assoluto ed assertivo auto controllo. La Dottoressa Hilde Bruch sosteneva che soffrire di un DCA, in particolare di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, fosse una ricerca di controllo individuale, ottenuto poi grazie al controllo esercitato sul cibo, sulle calorie, sul proprio peso ed aspetto fisico (Bruch, 1973; Franzoni, Gualandi, Pellegrini, 2004). Ad avvalorare questa tesi sono le testimonianze dei vari pazienti affetti da un disturbo del comportamento alimentare: è proprio la restrizione alimentare, il poter esercitare un controllo sul proprio peso digiunando, che a volte è il fattore scatenante e di mantenimento di questi disturbi. Sono questi comportamenti disfunzionali ad aumentare il loro senso soggettivo di controllo (De Matteis, Toscano, 2009).

Questi possono essere considerati alcuni dei fattori predisponenti di un disturbo dell'alimentazione ed il motivo per cui la fascia di insorgenza di tali si è andata sempre più abbassando. Nel 2004, in Italia, erano state individuate due fasce d'età più rilevanti: il passaggio dall'infanzia all'adolescenza ed il passaggio successivo dall'adolescenza all'età adulta (Telfner, 2004).

Nel 2017, sempre in Italia, la fascia d'età più rilevante invece era tra i quindici ed i diciannove anni (Portale della Salute Mentale, 2017). Dati come questi risultano essere molto allarmanti dal momento che le conseguenze (a seconda del tipo disturbo) del digiuno forzato e prolungato, l'abuso di condotte eliminazione e/o vomito autoindotto, una condizione di obesità, o l'assunzione di cose non commestibili (tipico del disturbo della PICA, possono causare e causano danni permanenti agli organi ed ai loro tessuti, ancora in piena fase di sviluppo considerata la fascia di età appena citata).

Infine, sempre nel 2017, l'incidenza (cioè il numero di nuovi casi di malattia in una popolazione in un determinato periodo di tempo) dell'AN è stata stimata con otto nuovi casi su centomila persone di sesso femminile ogni anno, e di 0,2 casi su centomila persone di sesso maschile sempre per ogni anno. Per la BN sono stati stimati, annualmente, dodici nuovi casi su ogni gruppo da centomila donne e 0,8 nuovi casi su ogni gruppo da centomila uomini (Portale della Salute Mentale, 2017).

Da un survey nel 2019 è emerso un aumento nella prevalenza del 7.8% rispetto al periodo compreso tra il 2013 ed il 2018. (Galmiche, Dèchelotte, Lambert, Tavolacci, 2019).

Nel 2021, invece, l'incidenza dei dati per l'AN risulta essere allo 0,6% negli Stati Uniti d'America e circa dello 0,4% per l'Europa Occidentale (Qian, Wu, Liu, Zhu, Jin, Zhang, Wan, Li, Yu, 2021).

Questo è uno dei motivi fondamentali e principali per cui viene sempre più sottolineata l'urgenza di interventi tempestivi sia per il trattamento che per la prevenzione di tali disturbi. Questi disturbi colpiscono vari aspetti della vita della persona che ne soffre, e proprio per questo motivo devono essere considerati e trattati nella loro totalità con l'uso di interventi multidisciplinari.

È importante anche sottolineare che queste patologie presentano un alto tasso di comorbilità con una moltitudine di altre psicopatologie, tra cui disturbi dell'umore, disturbi ansiosi, disturbi ossessivi e compulsivi disturbi da uso e dipendenza da sostanze ed insoddisfazione corporea. Questo contribuisce ad aumentare il tasso di mortalità dei Disturbi del Comportamento Alimentare, generalmente compreso tra il 5 ed il 20% (Smink, Van Hoeken, Hoek, 2012).

Per quanto riguarda l'insoddisfazione corporea degli studi accertano una compresenza di tale in particolare con il Disturbo dell'Alimentazione Incontrollata (noto anche come Binge Eating Disorder). Questi pazienti hanno ottenuto risultati significativi anche rispetto ad una situazione complessiva conflittuale con il proprio corpo, che risulta essere peggiore rispetto a quella di soggetti con altri DCA.

Per quanto riguarda l'insoddisfazione corporea questa sembra, in ogni caso, precedere un disturbo dell'alimentazione, ne è un fattore predisponente, non una conseguenza. Questo viene confermato in particolare da due studi che ne riportano anche le percentuali. Negli studi svolti da Ruffolo et al. L'insoddisfazione corporea risulta essere un fattore predisponente ai DCA nel 63% dei casi, negli studi di Grant et al. Invece al 94% (Carano, Totaro, De Berardis, Mancini, Faiella, Pontalti, Vizza, Mariani, 2011).

Per i disturbi dell'umore, invece, è stato studiato e dimostrato che è molto frequente un accavallarsi delle due tipologie di disturbi, tanto che potrebbe esserci una correlazione che vede la sintomatologia depressiva e dissociativa come un fattore di rischio dei DCA (Carano, Totaro, De Berardis, Mancini, Faiella, Pontalti, Vizza, Mariani, 2011).

I Disturbi del Comportamento Alimentare presentano anche, come detto previo, tassi di comorbilità con i disturbi da Uso di Sostanze (DUS) (Pozzi, Luxardi, Sabbion, 2010). Dunsky et al., nel 2010, scoprirono che le pazienti anoressiche hanno una probabilità tre volte maggiore, rispetto ad un gruppo di controllo, di sviluppare anche un DUS. Infine, sembra che, pazienti con DCA diversi, affermino di usare droghe legali ed illegali per influenzare il proprio peso ed il proprio appetito, in maniera molto più esponenziale ed acuta rispetto che ad un gruppo di controllo (Pozzi, Luxardi, Sabbion, 2010).

Un'altra caratteristica dei Disturbi del Comportamento Alimentare, è che risulta impossibile identificare un fattore di rischio unico. Per fattore di rischio si intende un elemento associato ad un'elevata probabilità di insorgenza, maggiore severità e/o una durata più lunga di un esito psicologico e maladattivo.

Nel caso di questa psicopatologia si può, e si deve, invece parlare di un insieme di fattori predisponenti di matrice genetica, biologica, familiare e psicosociale (Portale della Salute Mentale, 2017).

Uno dei fattori di rischio è la familiarità rispetto ai DCA, ai disturbi dell'umore ed ai disturbi da uso di sostanze. Sembra infatti che ci siano maggiori possibilità che sviluppino un disturbo dell'alimentazione pazienti che hanno vissuto precedentemente tali, o altre,

patologie in famiglia. Ricerche affermano e rivelano una probabilità undici volte maggiore in queste persone piuttosto che in un gruppo sperimentale (Sanavio, 2016).

La familiarità sembra influenzare l'esito psicopatologico anche se si tratta di esperienze di lutto o malattie croniche. In generale l'aver vissuto esperienze traumatiche, sia interne che esterne alla famiglia, sembra incidere positivamente sulla possibilità di insorgenza dei DCA (Messina, Oliani, Veglia, Berlincioni, 2013). Un altro fattore predisponente indubbio è la vita sociale e l'incidenza di questa sul soggetto. La pressione per avere una determinata fisicità messa in atto da determinati gruppi sociali e l'appartenenza, sin da tenera età a questi, aumentano infatti la possibilità di sviluppare un DCA. Tali gruppi sono identificabili nel mondo della moda, dello spettacolo, della danza e dello sport, mondi che idolatrano ormai da decenni un fisico non sano, indottrinando verso questo ideale bambine, bambini e adolescenti particolarmente fragili all'influenza esterna. Un altro aspetto assolutamente influente sul decorso del disturbo è il rapporto con il proprio corpo e la percezione, o valore, che si attribuisce ad esso. Un'immagine negativa di sé ed una visione che dà molto valore al proprio peso ed alla propria forma fisica, sembra essere una delle cause più radicate ed intrinseche di un disturbo alimentare. Basare la propria idea di se stessi su tali aspetti spesso porta un'autostima tanto bassa quanto fragile ed anche elevati livelli di perfezionismo, tratto caratteristico dei pazienti con un DCA (Sanavio & Cornoldi, 2017). Questo valutarsi in base al peso, ed il conseguente ripudiarsi e sminuirsi, può portare il soggetto a sottoporsi a diete estreme e restrittive per cambiare la sua situazione, questo anche nelle fasi di sviluppo più critiche quali infanzia ed adolescenza. Questo risulta essere così l'ennesimo fattore predisponente. Queste esperienze di autocritica possono essere avvalorate da vissuti di bullismo, o stigma, messi in atto da parenti e/o amici, sempre riguardo al corpo della persona. Questo fenomeno viene definito "body shaming", deridere il corpo e/o discriminare una persona per il proprio aspetto fisico confrontandolo con i canoni estetici dominanti.

Un aspetto che risulta essere meno influente, invece, è lo stato socioeconomico dei pazienti (Sanavio & Cornoldi, 2017).

Mentre un quarto dei pazienti adulti affetti da un DCA sviluppa una forma cronica e duratura, il terzo restante continua a presentare dei residui parziali anche a lungo termine. Per gli adolescenti, invece, sembra essere molto più frequente un out come a lungo termine che poi si rivela essere anche meno favorevole. Si può affermare questo prendendo in considerazione le ripercussioni sull'organismo, la maturazione cerebrale e lo sviluppo di per sé.

I principali sintomi della malnutrizione possono essere suddivisi in tre categorie: effetti psicologici, effetti psicosociali ed effetti fisici.

EFFETTI PSICOLOGICI:

Primi, ma non per importanza, sono gli effetti psicologici. Un DCA modifica gli schemi mentali dei pazienti che ne soffrono. Non solo a causa delle tendenze al perfezionismo, che si acuisce con il tempo, ma anche a causa di ingenti sensi di colpa, la paura costante di deludere ed un peggioramento estremo della propria autostima, già precaria.

Inoltre, ci sono una preoccupazione ed un pensiero costante nei riguardi di cibo, nutrienti e dell'alimentazione di per sé. I pazienti passano le loro giornate a pianificare i loro pasti, a contare e ricontare le calorie che andranno ad assumere, a studiare ed escogitare modi per diminuire l'introito calorico giornaliero. Ma non solo, paradossalmente si diletano

nella cucina, traggono una soddisfazione immensa e malsana dal cucinare pietanze ipercaloriche per i loro cari, si saziano guardando gli altri mangiare e vedendoli assumere un quantitativo di calorie che loro si proibiscono. La mancanza di un'alimentazione adeguata danneggia la concentrazione e la memoria e comporta anche delle alterazioni a livello umorale ed emotivo (Portale della Salute Mentale,2017).

Un altro aspetto, considerabile anche come fattore predisponente, accentuato poi come conseguenza del digiuno, è l'alessitimia. Coniato da Sifneos, il termine alexithymia fu introdotto per introdurre una personalità emotivamente analfabeta, incapace di descrivere i propri sentimenti ed etichettarli, ed incapace di comprendere gli stati d'animo altrui (Trevisi, 2021). L'alessitimia è inoltre caratterizzata dalla difficoltà ed impossibilità a discriminare le sensazioni fisiche da quelle emotive e da un'immaginazione scarsa, impoverita da un pensiero prettamente logico e concreto (Carano, Totaro, De Berardis, Mancini, Vizza, Mariani, 2011).

Infine, c'è un incremento dei tratti ossessivi e perfezionisti. Questo si rispecchia e si ritrova nel fatto che molti pazienti spesso seguono dei rituali inflessibili (ad esempio masticare un determinato numero di volte, sminuzzare il cibo, mangiare lentamente ed altre abitudini particolari ed insolite). Dietro a questi c'è la convinzione che sottrarsi a tali rituali potrebbe rivelarsi una catastrofe, non seguire gli schemi secondo la mentalità distopica e morbosa dei pazienti porterebbe ad un incremento ponderale esagerato (Telner, 2004).

EFFETTI PSICOSOCIALI:

I principali effetti psicosociali dei DCA influenzano negativamente la vita sociale del paziente, nella sua totalità. Il soggetto sperimenta una perdita totale di interesse verso i suoi precedenti hobby. Niente cattura più la sua attenzione come prima, e niente e nessuno è più degno del suo tempo, escluso ovviamente il cibo e tutto ciò che ne comporta. È così che spende le sue giornate, pensando al cibo. Si isola, anche socialmente, non si sente all'altezza delle persone che lo circondano, sempre inferiore e sempre sbagliato, chiudendosi così in sé stesso. Inoltre, evita e rifiuta ogni possibile attività sociale che possa coinvolgere del cibo: mangiare in presenza di qualsiasi altra persona diventa un tabù (Portale della Salute Mentale,2017).

Al limite delle conseguenze psicosociali e quelle fisiche c'è la perdita totale della libido, che ovviamente mina e mette a dura prova le relazioni amorose dei pazienti.

EFFETTI FISICI:

Le condotte di eliminazione ed il digiuno che si auto impongono i pazienti, oltre che un'alimentazione irregolare, causano numerose conseguenze sul piano fisico.

Si ha una perdita di massa ossea che può portare ad un'osteoporosi precoce, a seconda dell'età di insorgenza del disturbo, e debolezza muscolare molto marcata. La mancanza di nutrienti causa una sensazione di costante freddo e la comparsa del lanugo, una fine e soffice peluria che si diffonde su tutta la superficie corporea. Possono seguire bradicardia, problemi renali e gastrointestinali, indebolimento delle unghie e dei capelli. Seguono bassi livelli di elettroliti che causano disturbi del sonno, aritmia cardiaca e danneggiamento ad alcuni organi e tessuti (Montecchi, Anoressia mentale dell'adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato, 1994).

Nel tempo può verificarsi anche un danneggiamento della fertilità, conseguente ad una possibile amenorrea, prolungata o meno che sia. Con il termine amenorrea si fa riferimento all'assenza del ciclo mestruale. Si distingue in amenorrea primaria, se la donna non ha mai avuto il ciclo mestruale, o secondaria, se il ciclo prima presente (anche se irregolare) viene meno completamente.

Infine, si conta anche un danneggiamento del metabolismo basale. Il metabolismo basale, o tasso metabolico, è la potenza dissipata da un animale endotermo a riposo in stato post-assorbitivo in presenza di una temperatura ambientale appropriata. Viene variamente espresso in Watt, Kcal/per giorno, MJ/h (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017; Portale della Salute Mentale, 2017).

Inoltre, nei casi più estremi di malnutrizione, si può arrivare anche alla cachessia ((Ruggieri, Fabrizio et al., 1994).

Nel DSM 5, le varie categorie diagnosticabili sono: pica, disturbo della ruminazione, disturbo da evitamento / restrizione di cibo, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbo da alimentazione con e senza specificazione (APA, 2013).

BULIMIA NERVOSA

Il termine bulimia deriva dal greco e, letteralmente, significa “fame da bue”. Denominata così perché include episodi frequenti in cui in un breve lasso di tempo, solitamente un paio d'ore, vengono ingerite quantità enormi di cibo, arrivando a toccare anche le cinquemila calorie. Questi episodi vengono definiti “abbuffate” e sono caratterizzati da una sensazione di perdita di controllo, di disgusto per se stessi e di sensi di colpa. Solitamente le abbuffate avvengono in solitudine e vengono tenute segrete proprio perché i soggetti se ne vergognano e perché generano in loro sensazioni negative difficili da gestire. Questi episodi continuano fino a quando la persona non si sente esplodere, lacerare da dentro. Queste sensazioni vengono poi compensate. Sono quindi seguite, dalla messa in atto di condotte di eliminazione (quali vomito autoindotto ed uso di farmaci lassativi), usate per cercare di rimediare all'ingente quantità di cibo assunta. Solitamente questo disturbo fa il suo esordio in tarda adolescenza, in concomitanza spesso con un regime dietetico molto restrittivo che si è prolungato nel tempo (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017).

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Questo disturbo comprende frequenti episodi di abbuffate. Quello che lo differenzia da altri come Anoressia e Bulimia è che non si ha un calo ponderale del peso ma, al contrario, il soggetto è spesso in sovrappeso, e non viene messa in atto alcuna condotta di eliminazione. Occorre però specificare che non tutte le persone obese, o anche e solo in sovrappeso, soffrono di tale disturbo, è necessario infatti che riportino di sperimentare una sensazione di perdita di controllo e di emozioni negative in concomitanza con l'episodio dell'abbuffata (Castellini, Di Filippo, Fabrazzo, Faravelli, Fassino, Ferrara, Leombruni, Mitchell, Monteleone, Ricca, Roerig, Steffen, Todisco, Vinai, Wonderlich, 2009).

Uno dei fattori di rischio più comune per questa categoria di disturbo dell'alimentazione è l'obesità infantile, accompagnata da esperienze di critica per il proprio aspetto fisico (Attia, Walsh, 2022).

DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO

Tipico dell'età evolutiva, questo disturbo può però manifestarsi anche in età adulta. Potrebbe essere confuso anche con l'Anoressia se non fosse per la mancanza della componente di dispercezione corporea. Comporta un apparente disinteresse per il cibo e per i pasti, che finisce per manifestarsi come un'assunzione calorica minore rispetto al proprio fabbisogno calorico giornaliero.

Importante è assicurarsi che questa condizione non sia in realtà dovuta ad un altro disturbo, a pratiche culturali o a condizione mediche altre (Cuzzolaro, 2014; DSM-V-TR, 2022).

PICA

Questo disturbo consiste nel mangiare delle sostanze prive di nutrienti o senza contenuto alimentare, quali ad esempio: carta, terra, sabbia e ghiaccio.

Questo può essere dovuto a deficit cognitivi e/o ad altre psicopatologie, inclusa anche l'anoressia nervosa, alla quale infatti a volte si associa.

Una delle forme più comuni è la Pagofagia, l'ingestione abituale e compulsiva di ghiaccio. Deve perdurare per almeno un mese (Cuzzolaro, 2014; DSM-V-TR, 2022).

Una delle forme più comuni è la Pagofagia, l'ingestione abituale e compulsiva di ghiaccio.

DISTURBO DELLA RUMINAZIONE

Consiste nell'assumere, per almeno un mese e con costanza, l'abitudine di rigurgitare il cibo masticato per poi masticarlo e deglutirlo nuovamente, o sputarlo.

Come per la PICA, anche questo può essere causato da insufficienze cognitive o altri disturbi.

I pazienti sanno che questo comportamento non è convenzionale o socialmente accettato pertanto tendono ad evitare di farlo in pubblico (Arevalo, Aguillar, Tellez-Giròn, Mancilla-Diaz, 2015).

Può causare gravi perdite di peso e carenze nutrizionali (Cuzzolaro, 2014; DSM-V-TR, 2022).

ANORESSIA

Anoressia deriva dalla parola greca “anoreksia”, letteralmente tale è traducibile con l'espressione “ho appetito”. Per quanto possa apparire ambigua l'etimologia della parola, questa appare piena di significato che caratteristica centrale del paziente che soffre di Anoressia Nervosa non è la perdita di appetito di per sé, ma il rifiuto di mangiare (nonostante la fame molto intensa che prova) (Dally, 1969).

Previa analisi dell'anoressia nervosa occorre citare un concetto fondamentale per la diagnosi di questa tipologia di disturbi: l'indice di massa corporea (IMC).

L'indice di massa corporea (Kg/metri al quadrato) si calcola dividendo il peso in Kg per l'altezza espressa in metri al quadrato, ed esprime l'indice di adiposità corporea.

Il DSM 5 impone alcuni criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, e li suddivide in tre categorie principali:

-CRITERIO A: Prevede una restrizione estrema dell'assunzione calorica rispetto alla necessità minima e basale del soggetto, che porta ad un peso effettivamente basso rispetto al contesto d'età, sesso e fase dello sviluppo. Il peso è da considerarsi come inferiore al minimo normale per adulti ed adolescenti, mentre per i bambini deve essere inferiore rispetto al minimo percentile atteso.

-CRITERIO B: Include la significativa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, con un conseguente comportamento che interferisce con un aumento ponderale, anche

minimo. Il soggetto si oppone e teme tale aumento, anche se esiguo e non percettibile ad occhi altrui.

-CRITERIO C: Compromissione del modo di percepirsi e di vedersi nell'individuo, che attribuisce un'importanza assoluta ed eccessiva al proprio peso ed alla propria forma fisica. Questi due elementi influenzano direttamente la propria considerazione di sé e la propria autostima. Questa percezione sfalsata causa e consolida un persistente diniego della propria situazione di sottopeso. (Possibile comorbilità anche con il dismorfismo corporeo) (Portale della Salute Mentale,2017).

Rispetto al DSM IV, il DSM 5 ha introdotto due novità fondamentali nei criteri diagnostici: come prima cosa è stato abolito il criterio dell'amenorrea in quanto non reputata universale. Infatti, non è sempre valido e non se ne può tener conto nel caso di pazienti di genere maschile, di donne in meno pausa, di ragazze premenarcali e di donne che stanno assumendo ormoni maschili.

È stato poi modificato anche il criterio A, la soglia minima per la diagnosi non viene più considerata necessariamente al di sotto di un IMC di 17,5, ma al di sotto di un IMC indice di normo peso, cioè 18,5.

Sempre nel DSM-5-TR è stata aggiunta alla definizione anche la specificazione “atteggiamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso”.

Infine, in base all'indice di massa corporea (IMC) sono stati aggiunti i criteri per la valutazione della gravità del soggetto, che vedremo successivamente.

Il DSM 5-TR mantiene la categorizzazione dei vari tipi di anoressia. Le tipologie di diagnosi riconosciute sono quattro (DSM-V-TR, 2022):

-TIPO CON RESTRIZIONE: l'individuo, negli ultimi tre mesi, non ha adottato condotte specifiche di eliminazione, quali utilizzo di farmaci o vomito autoindotto, e non riporta episodi di abbuffata (nel medesimo lasso di tempo). In questa tipologia la perdita di peso è dovuta principalmente ad una dieta restrittiva molto severa e/o digiuno e/o attività fisica a livelli estremi (traducibili e riconoscibili come episodi di iperattività).

-TIPO CON ABBUFFATE E/O CONDOTTE DI ELIMINAZIONE: negli ultimi tre mesi l'individuo riporta episodi di abbuffate e/o uso di farmaci/ vomito autoindotto come condotte di eliminazione.

-IN REMISSIONE PARZIALE: il criterio A (IMC minore a 18,5) non è stato soddisfatto per un periodo persistente di tempo, ma sia il criterio B (paura di prendere peso e conseguenti comportamenti per interferire nell'aumento ponderale) che il criterio C (alterazione della percezione di se stessi e del proprio valore in base al proprio peso ed alla propria forma fisica), sono ancora soddisfatti.

-IN REMISSIONE COMPLETA: tutti e tre i criteri sono stati precedentemente soddisfatti ma non per un periodo di tempo costante.

Infine, come detto precedentemente, è stato validato un criterio di valutazione della gravità del soggetto in base al su IMC:

lieve: $IMC > 17.5$

moderato: IMC compreso tra 16 e 16,99

grave: IMC compreso tra 15 e 15,99

estremo: $IMC < 15$

Si contano, tra i vari filoni di studio che hanno analizzato i disturbi del comportamento alimentare, tre particolari tipi di cui andremo a parlare in quanto alquanto importanti e molto diffusi.

Il primo filone è di tipo relazionale, è di orientamento psicodinamico ed i lavori più importanti sono quelli di H. Bruch, psichiatra statunitense di origine tedesca degli anni Sessanta, che si è concentrata maggiormente sugli stati mentali alla base dei disturbi alimentari, piuttosto che sul loro aspetto pulsionale (sottolineato invece da S. Freud). Bruch sostiene l'esistenza di "famiglie psicosomatiche" con una serie di caratteristiche e pattern funzionali ben delineati. Questi possono essere riassunti in un'eccessiva iperprotezione, un invischiamento totalizzante da parte dei genitori nella vita dei propri figli e da rigidità parentale accompagnata da un'incapacità di risolvere i conflitti familiari in modo adattivo. Solitamente, il quadro familiare che si presenta, è quello di una madre iper-presente ed iperprotettiva, ed un padre assente, che portano la/il figlia/o a voler delineare, nel passaggio all'adolescenza, i confini e l'autonomia della propria persona ma che, allo stesso tempo, teme queste nuove esperienze di indipendenza. Visto in quest'ottica un disturbo del comportamento alimentare non è altro che un sintomo psicosomatico molto accentuato e dirompente di un disagio familiare, personale e sociale (Laghi, Baiocco, Ghezzi, Cacioppo, 2012; De Matteis, Toscano, 2009; Bruch, 1983). Un secondo filone è invece maggiormente incentrato ed orientato sull'importanza delle esperienze traumatiche nell'eziologia di tali disturbi. Questo filone è nato negli anni Ottanta e si concentra su di un eventuale ed ipotetico nesso causale tra esperienze traumatiche e la comparsa del disturbo alimentare (Vanderlinden, Vandereycken, 1998). L'ultimo filone, infine, è una sintesi tra i due precedenti, prende in considerazione sia traumi violenti e fisici che traumi a livello relazionale (sia intra che extra familiari).

1.2 LA COMPLICATA RELAZIONE TRA ANORESSIA ED ACE.

Uno studio del filone che lega trauma e psicopatologia si propone di studiare l'intreccio complesso tra esperienze traumatiche in età infantile ed i disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale ed adulta.

Le esperienze traumatiche in età infantile si raggruppano sotto l'acronimo ACE (Adverse Childhood Experience) (Kessler, McLaughlin, Green et al., 2010).

È opportuno inoltre specificare l'eziologia della parola "trauma". Il termine deriva dal greco e, letteralmente, significa "ferita". Comunemente viene usato nel linguaggio medico per riferirsi ai risultati sul corpo di un avvenimento esterno e violento, ma anche agli effetti a lungo termine che questo può causare, e causa, sul funzionamento dell'organismo (Perron, 2002).

Due delle rielaborazioni più significative su questo concetto sono quelle ad opera di S. Freud e del DSM-5-TR.

Freud definisce infatti come trauma "un'esperienza capace di alterare e sollecitare la vita psichica di un individuo, e pone come condizione necessaria e sufficiente che questa esperienza non possa venir elaborata con i normali e soliti mezzi a disposizione della psiche della persona soggetta a tale evento (Freud, 1915-17).

A sua volta il DSM-5-TR definisce "traumatico" "un evento che "causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica". Di conseguenza riconosce come esperienze traumatiche: la violenza sessuale, la violenza o l'aggressione fisica, rapimento e tortura, catastrofi naturali, diagnosi di una malattia terminale non curabile. In sintesi, l'insieme di avvenimenti che può esporre ad un rischio mortale la vita di un individuo.

Viene inoltre specificato che la vittima può aver vissuto tali traumi come esperienze dirette e/o indirette e molti autori ritengono che operare tale distinzione sia fondamentale per il percorso terapeutico ed il suo esito.

È posta invece come condizione necessaria sufficiente che la risposta del soggetto includa la paura, sentimenti di impotenza e orrore.

Sono state individuate le seguenti aree traumatiche con la seguente prevalenza in un campione standard di adulti (Pietrini, Lelli, Verardi et al., 2010):

1. abuso sessuale: 2.4%
2. maltrattamento fisico: include anche atti di violenza perpetrati, a danni di un minore, da/dagli adulti che ne hanno la custodia. 7.8%
3. lutto e malattie: vissute direttamente dal bambino o da figure di riferimento per lui. Rispettivamente le percentuali sono 11% per il lutto e 3.4% per le condizioni mediche critiche.
4. abbandoni e separazioni: include tutte le situazioni in cui viene a mancare, in modo definitivo o parziale, una delle figure di accudimento. Le rispettive percentuali sono 10% per le separazioni e 4% per altri motivi.
5. maltrattamenti psicologici: questa area include abusi emozionali, atteggiamenti patologici e disturbati di un, o più, caregiver. Diversi studi rivelano la presenza di quest'area nell'8% delle donne e nel 4% degli uomini.

Successivamente è stata aggiunta una sesta area:

6. bullismo e atti di violenza extra familiare: circa 11% della popolazione.

Sono molteplici gli studi che confermano il dato di fatto che eventi traumatici infantili sono la base di una maggiore predisposizione alla psicopatologia in età adulta. Proprio per questo fattore risulta molto importante individuare, sin dagli albori dei casi patologici, se i soggetti sono stati esposti ad ACE durante la loro infanzia e che quindi ora sono dei bambini cresciuti e “traumatizzati” (e che non hanno mai risolto i loro traumi) (Messina, Oliani, Veglia, Berlincioni, 2013). Questi risultati trovano delle fondamenta anche nelle neuroscienze in quanto, questa relazione tra trauma-disturbo mentale sembra trovare una plausibile spiegazione nell'iper-attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Quest'asse, infatti, sovra stimolata ed eccitata nel periodo dell'infanzia a causa di eventi stressanti, non riuscirebbe mai a “ridimensionarsi” ma resterebbe disfunzionale nel corso dell'intera vita del soggetto (Pietrini, Lelli, Verardi et al., 2010).

Analizzando più nel dettaglio un'eventuale relazione tra traumi e DCA emerge un nesso particolarmente salienti tra questa categoria di disturbi ed i traumi relazionali, in particolar modo esperiti all'interno della propria famiglia, nella diade madre-figlia.

Le primissime ricerche inerenti a questo filone, come detto precedentemente, risalgono agli anni Ottanta ed ebbero come fine quello di attestare l'esistenza di un nesso causale e sequenziale tra abuso sessuale durante l'infanzia e lo sviluppo del disturbo alimentare.

Dai risultati emerse che nei soggetti con alle spalle una storia di abuso e violenza (fisica e sessuale), il rischio di diagnosi di un DCA risultava essere tre volte maggiore rispetto ad un gruppo di soggetti di un campione normativo.

Sempre da questi studi, successivamente, emerse che, non solo il maltrattamento fisico, ma anche la violenza psicologica incrementano tale rischio, se non di più.

Occorre comunque specificare che si contano pochi studi che sono stati in grado di confermare una co-occorrenza, quindi una correlazione tra le due condizioni studiate, tra ACE e DCA (Jacobi, Hayward, De Zwaan, 2004).

Per poter parlare di fattori di rischio assoluti è infatti necessario dimostrare una relazione temporale tra le due componenti prese in esame, tramite degli studi longitudinali (uno studio di osservazione che prevede la presa in esame degli stessi gruppi di soggetti in un periodo di tempo abbastanza ampio, per poter rilevare ogni minimo cambiamento nel tempo.).

In ultimo step bisogna riconoscere la soggettività con cui può ed è vissuta un'esperienza traumatica: possono infatti essere considerati come traumatici anche le cose che non lo sono "apparentemente" come: sogni, frasi e toni di voce, se successi in un determinato contesto (Messina, Oliani, Veglia, Berlincioni, 2013).

Da questo aspetto soggettivo del trauma emerge il bisogno fondamentale, da parte dell'analista, di saper individuare scaltramente i traumi, anche in eventi che sembrano essere, superficialmente, neutri.

Allo stesso modo, un professionista deve sempre tenere a mente, come detto precedentemente, che un disagio psicologico in età adulta può essere l'espressione di un trauma infantile mai processato o seguito con le cure adatte (Petrella, 1994).

CAPITOLO 2

CORONAVIRUS

2.1 Aspetti eziologici e sintomatologia del Coronavirus.

2.2 Cronologia delle ondate, delle quarantene ed andamento del virus.

2.1 Aspetti eziologici e sintomatologia del Coronavirus.

Nel 2020 un nuovo fenomeno è entrato a far parte del panorama mondiale, un fenomeno che ha stravolto completamente la vita, quotidiana e non, di ogni uomo e che ha lasciato un segno indelebile nella storia della nostra specie. Questo ha avuto un impatto enorme e drastico anche sulla salute fisica di tutta la popolazione mondiale ma anche sul suo

benessere psicologico, sociale ed emotivo. Questo fenomeno è noto con il nome di: Corona Virus Disease 19, il Covid -19.

Questa infezione colpisce principalmente il tratto respiratorio, superiore ed inferiore, ma può provocare anche sintomi che riguardano ed intaccano tutti gli organi, gli apparati ed i tessuti interni. Nei casi più gravi si può verificare una polmonite, uno shock settico, una sindrome da distress respiratorio acuto e sepsi, fino ad arrivare, al decesso del paziente infetto (OMS). I primi decessi dovuti al COVID-19 sono stati segnalati nel 2019 in Cina, a Wuhan.

Solo a gennaio del 2020 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) conferma lo stato di epidemia avente come causa il coronavirus poiché iniziavano a verificarsi contagi in tutto il mondo (Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, 2021).

La modalità di diffusione di questo virus è principalmente via aerea, secondariamente per contatto e per stretta vicinanza. Proprio per questo, solo poco dopo, tra marzo e aprile 2020 tutti i continenti decideranno di seguire l'iniziativa e la misura di precauzione adottata inizialmente e tempestivamente dalla Cina: dichiarare uno stato di allerta e di lockdown totale. (L'Italia fu uno dei primi paesi a dichiarare lo stato di emergenza nazionale e il lockdown, il 9 marzo 2020 tramite il DPCM del 9 marzo) (Romano, 2022). In base a queste normative tutta la popolazione mondiale aveva l'obbligo di restare nelle loro abitazioni, se non per necessità di primaria importanza quale rifornimento dei viveri. Si ferma il mondo, le persone sono costrette a sospendere la loro vita, costrette nelle mura delle loro case per proteggersi da un male fisico ma che, nuoce gravemente alla loro salute psicofisica. Il COVID-19 ha comportato un quantitativo innumerevole di conseguenze negative e di disagi, psicologici e no, sugli abitanti di tutto il mondo, di qualsiasi genere, età ed etnia.

Inevitabilmente diversi studi dimostrano che sono stati i giovani la parte della popolazione maggiormente danneggiata poiché privati di esperienze fondamentali, in una cruciale fase del loro sviluppo, per la loro crescita personale e sociale (Tisdell, C.A. Economic, social and political issues raised by the COVID-19 pandemic, 2020).

Adolescenti e bambini di tutto il mondo hanno vissuto relegati nel loro ambiente domestico, senza valvole di sfogo e/o modalità di contatto dal vivo con la loro rete di amicizie, privati anche del loro ambiente scolastico con la DAD (didattica a distanza) e con i social media come loro unica finestra sul mondo.

Alcuni dei contraccolpi principali di questo virus si possono dire essere stati i seguenti: Diversi enti pubblici a sostegno dei pazienti con varie psicopatologie sono stati chiusi, privando così questi soggetti di un adeguato supporto e sostegno. In aggiunta questi pazienti, così come tutto il resto della popolazione, sono stati privati della loro quotidianità, perdendo la loro routine. Questo ha avuto un effetto molto forte sul benessere psicologico delle persone: dopo il lockdown, un giovane su quattro, accusa sintomi di depressione ed uno su cinque sintomi di ansia (Saulle, Minozzi, Amato, Davoli, 2021).

Inoltre, la costrizione e l'isolamento tra le mura domestiche, possono aver esasperato dinamiche familiari già logorate o in bilico, aumentando il carico di pensieri distruttivi e dannosi dei componenti della famiglia, costretti in un ambiente deleterio senza alcuna via di fuga (Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, 2021).

Il Coronavirus è di origine Nidovirales, un ordine di virus a RNA a singolo filamento positivo, un ordine che include anche le famiglie di virus Arteriviridae, Tobamiviridae e

Coronaviridea. In particolare, il Coronavirus rientra nella famiglia Coronaviridea (Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, 2021). Riguardante la creazione e diffusione del virus esistono due diverse ipotesi: la prima, creduta vera per dei mesi e diffusa dai mass media sin dall'inizio della pandemia, vede questo virus come un esperimento, un prodotto artificiale dal laboratorio, di alcuni scienziati di Wuhan. La seconda ipotesi, confermata recentemente da scienziati di tutto il mondo, vede il virus come causato da un "salto di specie", per niente raro in alcune regioni della Cina (Carosi, 2021).

In ogni caso, il virus è stato sin da subito studiato ed esaminato approfonditamente in laboratorio. Questo ha permesso agli studiosi di identificarlo, caratterizzarlo e sequenziarlo. Da tali ricerche è emersa una certa familiarità con il virus del pipistrello e del pangolino.

Per proseguire nel discorso è opportuno fare cenno alla distinzione tra Coronavirus e Sars-Cov-2. Il nome proprio e scientifico dell'ultima versione del virus è Sars-Cov-2 (precedentemente, nella sua versione del 2019/2020 era stato denominato Sars-Cov), la malattia e l'insieme dei sintomi che derivano da questo è il Coronavirus (Majumder, Minko, 2021). Il Sars-Cov-2 non agisce solamente a livello polmonare ma va ad intaccare anche il tratto respiratorio superiore e la congiuntiva (Antonelli, 2021).

Infine, questo virus presenta tassi di mutazione non particolarmente elevati, ma allo stesso tempo riporta e mostra tassi di ricombinazione medio-alti. La ricombinazione è un processo di rimescolamento genetico che può avvenire quando una stessa cellula viene infettata da due virus appartenenti allo stesso ceppo, come nel caso dei Coronaviridei. Quello che ne risulta è il prodotto di un genoma virale, diverso dai due coinvolti inizialmente, nel processo di ricombinazione. Questa può essere una delle cause per cui esistono molteplici varianti di questo virus (Harrison principi di medicina, 2021).

2,2 Cronologia delle ondate, delle quarantene ed andamento del virus.

Wuhan è stato riconosciuto sin da subito come focolaio del Covid-19, la sua culla e si pensa che i primi casi risalgono addirittura a settembre 2019, e che vennero scambiati per casi di polmonite acuta (Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, 2021).

Le prime notizie ufficiali, infatti, risalgono al 31 dicembre 2020 quando l'OMS dichiara alla stampa la presenza di questo virus sulla scena mondiale etichettandolo come una minaccia alla salute pubblica di tutto il mondo.

Nonostante questa infezione fosse stata resa nota sin da dicembre 2019, solamente il 30 gennaio 2020 verrà dichiarato, sempre dall'OMS, lo stato di emergenza sanitaria mondiale. Solo poche settimane dopo, in base all'andamento dei contagi e dei morti, l'11 marzo 2020, verrà dichiarato lo stato di pandemia globale, dal momento che si contava un numero esorbitante di casi in ben centoquattordici paesi. Sin da subito la percentuale dei morti per Covid-19 e della sua diffusione seguiva una tendenza crescente che sembrava essere in continua crescita ed inarrestabile. Ad ottobre 2020 si contavano già più di quarantacinque milioni di persone che avevano contratto il virus ed erano state segnalati più di uno virgola due milioni di decessi (AAPS,2021). L'Europa, a fine marzo 2020, deteneva il numero maggiore di contagi, ed il virus era arrivato a toccare ben centosessanta paesi. A giugno 2020 si contavano, a livello mondiale, 372035 casi di decessi dovuti al Virus e 6166946 casi di infetti (Gautam, Hens, 2020).

Il numero più alto di infetti, sempre nel 2020, è stato comunque raggiunto negli Stati Uniti d'America, con ventiquattro milioni e quattrocentocinquanta mila contagi accertati e

quattrocento seimila morti conclamati (Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, 2021).

L'andamento delle infezioni, tuttavia, si rivela presto instabile: a luglio 2020 si osserva un trend in declino, da settantamila nuovi casi al giorno a quarantun mila. Pochi mesi dopo però, a settembre 2020, si verifica la "seconda ondata" del virus, con un nuovo incremento delle percentuali (Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, 2021).

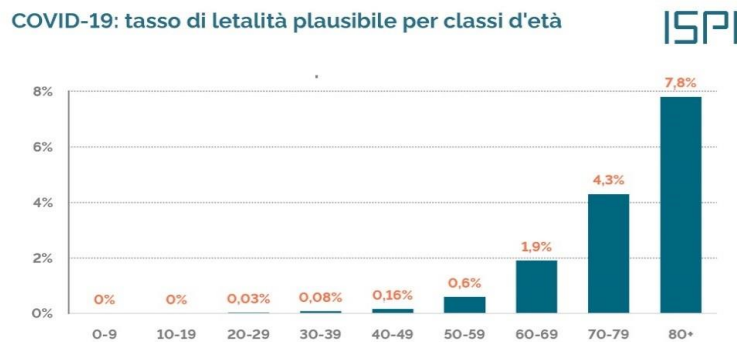
Nel corso degli anni 2020 e 2021 si verificheranno tre ondate: maggio 2020, ottobre 2020 e metà febbraio 2021. Dopo la terza ed ultima ondata del 2020 (incluso anche quella iniziale), seguita da settimane di decremento del trend, si osserva da metà febbraio 2021 un nuovo picco di contagi e decessi. I dati riportati sono i seguenti: +40% dei contagi e +48% di morti negli USA, +31% dei casi e +30% di morti in Europa, per un totale (relativo a questi due continenti) di una curva in salita al +71% nei casi accertati e +78% di decessi (Antonelli, Carosi, Cauda, Pession, 2021).

A fine giugno 2021 si sembra essere alle porte di una quarta ondata con un report globale di due milioni e seicento mila nuovi casi e cinquantasette mila e seicento nuovi morti.

È stata stimata una lista delle nazioni in base all'indice di letalità del virus da gennaio 2020 al 30 maggio 2021. Questa vede al primo posto il Brasile, seguito da Italia, Regno Unito, USA e Messico (Carosi, Antonelli, Cauda, Pession, 2021).

| periodo | maSChi | | | | | Femmine | | | | |
|-----------------------|------------------|--------------|----------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------|----------------------------|------------------------------------|-------------|
| | Popolazione (n.) | Decessi (n.) | Tasso grezzo (per 100.000) | Tasso standardizzato (per 100.000) | IC95% | Popolazione (n.) | Decessi (n.) | Tasso grezzo (per 100.000) | Tasso standardizzato (per 100.000) | IC95% |
| iTaliani | | | | | | | | | | |
| 22.02-25.05.2020 | 14.923.250 | 5.221 | 2,06 | 1,98 | (1,93-2,04) | 14.885.143 | 1.753 | 0,69 | 0,61 | (0,58-0,64) |
| 26.05-02.10.2020 | | 174 | 0,07 | 0,07 | (0,06-0,08) | | 95 | 0,04 | 0,03 | (0,03-0,04) |
| 03.10.2020-26.02.2021 | | 5.825 | 2,30 | 2,21 | (2,15-2,27) | | 2.360 | 0,93 | 0,83 | (0,79-0,86) |
| 27.02-16.07.2021 | | 3.262 | 1,29 | 1,24 | (1,20-1,28) | | 1.388 | 0,55 | 0,49 | (0,46-0,51) |

Frequenze e tassi grezzi e standardizzati (per 100.000) per età di decesso per COVID-19, per periodo, per italiani. Periodo: 22.02.2020-16.07.2021 (Petrelli, Di Napoli, 2022).



(Verity et al., 2020)

Si può quindi notare e dedurre che l'andamento della curva epidemiologica segue un andamento a ondate. Questa caratteristica peculiare è riconducibile alla severità delle restrizioni per il contenimento del virus, messe in atto nei determinati periodi di tempo presi in considerazione, e da quanto sono state seguite in maniera efficiente dalle persone nei vari continenti.

Questa deduzione, divenuta poi constatazione, è sostenuta e concretizzata dal fatto che il virus si diffonde principalmente per via aerogena. (Proprio per questo le misure di contenimento più efficienti sono risultate essere quelle basate sul distanziamento sociale) (Zhang, Li, Zhang et Al, 2020).

Un'altra modalità di contagio avviene toccando con mano oggetti o superfici contaminati per poi toccare, senza essersi lavati accuratamente le mani, naso, occhi e bocca. Per questo motivo un'altra misura di restrizione su cui è stata fatta particolarmente leva risulta essere l'invito lavare e sanificare quanto più frequentemente le mani quando si arriva in luoghi chiusi e anche al ritorno a casa da luoghi chiusi e no. Per queste motivazioni la vicinanza fisica, la durata di un contatto (per essere innocuo un contatto deve essere di durata inferiore a quindici minuti) e lo spazio d'azione personale in un luogo chiuso vengono definiti come fattori di "super diffusione" e possono determinare, se portati all'esasperazione tramite la violazione delle norme restrittive, ad un rischio venti volte maggiore di contaminazione e diffusione epidemica (Caroso, 2020).

I sintomi di questo virus possono essere di varia natura e colpire diversi organi e/o sensi dell'individuo. In generale, dalle testimonianze e dalle schede cliniche raccolte la sintomatologia sembra includere febbre, tosse, astenia, perdita del gusto o dell'olfatto (condizione completamente transitoria, entrambi i sensi vengono recuperati nuovamente nel giro di pochi mesi), mal di gola e mal di testa, dolori muscolari ed alle articolazioni, problemi gastroenterici (prevalenza nel 18% dei casi in Italia), problemi dermatologici e/o di congiuntivite. Alcuni tra i sintomi più gravi invece sono risultati essere: gravi

difficoltà respiratorie, afasia (difficoltà di movimento o confusione) e dolori lancinanti al petto (OMS, 2020; Paules, Marston, Fauci, 2020).

Nei primi mesi del 2020 l'affluenza nei parchi e nei luoghi di svago all'aperto è diminuita del 75% in Italia, del 70% in Spagna e del 50% sia in Francia che in Portogallo (Romano, 2022). Un trend inverso è stato rilevato in altri paesi dove c'è stato un aumento delle percentuali, come ad esempio in Germania, Svezia, Norvegia e Finlandia.

Si è registrata anche una diminuzione drastica, pari al 76% dell'utilizzo dei treni per percorrere brevi e/o lunghe tratte, con le relative conseguenze nocive anche sul piano economico (Romano, 2022).

Un incremento invece c'è stato, ovviamente, nel tasso di residenzialità che nel 2020 in Italia è aumentato del 27%, in base alle restrizioni e ai vari DPCM emanati contestualmente al periodo. Con DPCM si fa riferimento a tutti i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri

Come detto precedentemente, infatti lo stato d'emergenza ha costretto il Governo italiano ad adottare delle misure di contenimento drastiche, per cercare di arginare i danni del Virus. Queste misure si sono rivelate essere molto restrittive sulla libertà di circolazione e di soggiorno dei cittadini italiani. Con il DPCM del 9 marzo 2020 viene infatti decretata la quarantena in tutta Italia (Cuocolo, 2020).

Questo valore è strettamente consequenziale al numero dei contagi: cresce esponenzialmente a ridosso delle ondate di contagi e decessi, periodi di massime restrizioni, e va diminuendo nei periodi di decremento della tendenza epidemiologica del virus (Romano, 2022).

CAPITOLO 3

3.1 Anoressia durante la pandemia e nel periodo post-pandemico

3.1 Anoressia durante la pandemia e nel periodo post-pandemico

Nel 2020, il Coronavirus è stato definito una delle prove più difficili per l'umanità così come una delle più grandi tragedie del secolo (Gautam, Hens, 2020).

Dal 2019 ad oggi sono cambiate molte cose:

la quotidianità delle persone, i rapporti interpersonali, l'economia, dinamiche intra familiari, il modo di percepire la propria salute ma anche la propria percezione del tempo e della vita di per sé.

Le persone sono state costrette nelle mura di casa loro per settimane, per poter tutelare il più possibile la loro incolumità e quella dei loro cari.

Famiglie, amici, coniugi, sono stati allontanati da molteplici restrizioni per il lockdown, necessarie ma molto rigide e scrupolose; moltissimi lavoratori si sono ritrovati da un giorno all'altro, impossibilitati a recarsi sul loro posto di lavoro, molti altri sono stati privati del loro lavoro, senza così avere più una forma di sostentamento per la loro famiglia; famiglie disfunzionali, con abitudini tossiche o vissuti di abuso, si sono trovati costretti a stare insieme ventiquattro ore al giorno, sette giorni su sette, per settimane in una convivenza forzata; genitori, mogli, mariti, figli, amici e parenti, hanno perso persone a loro care per il virus, che ha riportato un tasso di mortalità molto elevato (Peters, Vetter, Guitart, Loftinejad, Pittet, 2020).

Bisogna comunque considerare che questi pilastri per il benessere dell'uomo venivano già intaccati, in moltissime famiglie, da altre patologie, psicologiche o fisiche, anche prima della pandemia e del Coronavirus.

Pertanto, risulta interessante osservare come, negli anni della pandemia e post pandemici, una patologia fisica (come il Covid 19) ed una psicopatologia entrino in relazione l'una con l'altra.

Nel caso dei Disturbi del Comportamento Alimentare, l'incidenza e la sintomatologia hanno subito delle modifiche, spesso classificabili come negative, sin dalle prime settimane della quarantena, rispetto che al periodo precedente al 2019. Infatti, le condizioni di vita imposte dal lockdown hanno acuito ancora di più i fattori di rischio e di mantenimento dei Disturbi del Comportamento Alimentare, creando delle condizioni di vita sempre più difficili per i pazienti che soffrivano di tali psicopatologie (Shah, Sachdeva, Johnston, 2020). In generale si è visto, sia in Italia che in tutto il mondo, un deterioramento della salute psichica nella fascia d'età infantile ed adolescenziale della popolazione. Il peggioramento della sintomatologia e delle ricadute nei pazienti con un DCA sono principalmente collegati alle seguenti motivazioni: possibilità limitate di accedere ai centri specializzati nel trattamento di queste patologie, cambiamenti della routine con conseguente senso di "perdita di controllo" sulla propria vita ed indipendenza, isolamento sociale ed un'influenza negativa da parte dei contenuti mediatici (Devoe, Han, Anderson, Katzman, Patten, Soumbasis, Flanagan, Paslakis, Vyver, Marcoux, Dimitopoulos, 2022).

È stato rilevato che, tra i vari pazienti in cura, per un Disturbo del Comportamento Alimentare, la patologia più incline al peggioramento in situazioni precarie e di crisi, è proprio l'Anoressia Nervosa (AN). Questo è confermato anche dai numeri; infatti, da uno studio è emerso che, parlando solo dell'Italia nello specifico, ogni anno ci sono almeno ottomila cinquecento casi di pazienti a cui è stato diagnosticato un DCA, ma che con gli anni della pandemia invece, questo numero è risultato aumentare notevolmente (Zaccagnino, Cussino, Callerame, Civilotti, Rivista di Psicoterapia EMDR, 2021).

In particolare, il 56,2% dei pazienti ha riportato un aumento in due fenomeni nello specifico: "grazing" (cioè, l'abitudine di mangiare con frequenza ma porzioni piccole) ed "emotional eating" (abitudine per cui la persona mangia, spesso in maniera compulsiva, per ovviare stati d'ansia e, più in generale, stati d'animo negativi. Equivale al criterio di "mangiare per riempire un vuoto e scacciare via pensieri negativi", più comunemente riconosciuto dalla società come la cosiddetta "fame nervosa") (Zaccagnino, Cussino, Callerame, Civilotti, 2021).

In uno studio americano, su 159 pazienti che soffrivano di AN e dimessi dalla terapia nel 2019, è emerso che il 70% del gruppo sperimentale ha riportato un aumento nei seguenti item dei test a cui sono stati sottoposti: preoccupazione per un aumento ponderale del

proprio peso, necessità di svolgere molta attività fisica (sintomo di iperattività) nei loro stati di tristezza e di solitudine (Schlegl, Maier, Meule, Voderholzer, 2020).

Più nel dettaglio, c'è stato un aumento del 20.1% nella sintomatologia disfunzionale di tale disturbo del comportamento alimentare, del 36.5% per quanto riguarda l'insoddisfazione per la propria immagine corporea e del 29.6% per quanto riguarda pensieri e preoccupazioni quasi ossessivi inerenti al proprio peso corporeo.

Inoltre, è stato riportato che il 18.9% dei soggetti ha avuto un calo ponderale di peso, rispetto al periodo in cui erano in cura, con un'oscillazione media dai 2.5 chilogrammi ai 10 chilogrammi. In totale il 41.5% di pazienti ha avuto la percezione che i propri sintomi fossero peggiorati nel periodo del lockdown ed il 20% di loro ha riportato la comparsa di nuovi sintomi che prima non erano emersi o che si erano attenuati (Fernandez-Aranda et al., 2020).

Questo studio approfondisce anche le condizioni di supporto e sostegno psicologico fornito al gruppo sperimentale e la loro compartecipazione prima e dopo la pandemia.

Durante la quarantena, infatti, solamente il 26% dei pazienti partecipava alle sedute telematiche con il proprio terapeuta, il 35% di loro invece usava sporadici contatti telefonici. In generale la percentuale di pazienti in terapia è drasticamente diminuita dal 88.1% al 55.3% ed il 10.7% dei soggetti ha completamente sospeso il trattamento (Schlegl, Maier, Meule, Voderholzer, 2020).

Una serie di studi longitudinali e trasversali, basati su quindici studi svolti in America ed in Europa e che coprono come arco di tempo il periodo pre-pandemico, il periodo pandemico ed il periodo post pandemico, ha preso in considerazione nel complesso trentaseimila quattrocento ottantacinque pazienti con un DCA, di cui tremiladuecento ventitré individui affetti da Anoressia Nervosa.

In questi studi venne rilevato un aumento e peggioramento della sintomatologia durante il lockdown pari al 36%, ed anche un aumento di stati ansiosi e di episodi di depressione, con una prevalenza nei pazienti con AN (Castellini, 2020).

Le ragioni preponderante che risultano essere alla base di questo peggioramento sono molteplici, tra cui il cambio di modalità di svolgimento del percorso terapeutico (si è infatti passati da effettuare le sedute con i terapeuti in presenza e a poter prendere parte a delle terapie di gruppo, a fare le sedute in modo telematico, tramite piattaforme quali Zoom o Skype), verificatosi in almeno undici casi su quattordici (Branley-Bell & Talbot, 2020; Brown, 2021; Hunter e Gibson, 2021; Richardson et al., 2020; Guarin et al., 2021; Stewart et al., 2021; Stoddard, 2021, Termorshuizen et al., 2020; Vuillier et al., 2021; Zeiler et al., 2021).

Tuttavia i riscontri dei pazienti sulle sedute svolte online non furono del tutto negativi: se alcuni pazienti non erano pienamente o minimamente soddisfatti della nuova modalità di terapia (a causa anche di problemi di rete o con i dispositivi elettronici), risultano impressioni meno negative da parte di altri pazienti nonostante anche questi segnalino delle problematiche, tra cui difficoltà nel monitoraggio del peso (Branley-Bell & Talbot, 2020; Brown, 2021; Hunter e Gibson, 2021; Richardson et al., 2020; Guarin et al., 2021; Stewart et al., 2021; Stoddard, 2021, Termorshuizen et al., 2020; Vuillier et al., 2021; Zeiler et al., 2021).

Sempre da questi studi, poiché longitudinali, è stato possibile valutare anche la situazione degli stessi pazienti nel periodo immediatamente post pandemico, ed è stato dimostrato per la maggioranza dei pazienti un miglioramento, seppur lieve, della sintomatologia rispetto al periodo subito precedente (Akgul et al., 2021).

Per altri pazienti invece il peggioramento della sintomatologia si è perpetuato nel tempo (Giel et al., 2021).

In un altro studio americano del 2020, condotto su n=89 partecipanti affetti da un Disturbo del Comportamento Alimentare, è stato chiesto ai soggetti di esprimersi sull'impatto della pandemia nella loro vita (Vitagliano, Jhe, Milliren, Lin, Spigel, Freizinger, Woods, Forman, Richmond, 2021).

I risultati sono stati chiari, la maggior parte dei partecipanti (63%) hanno vissuto la pandemia del Coronavirus come evento "trigger", causa rilevante di questo l'ansia per il futuro e l'isolamento sociale, e conseguentemente hanno percepito e visto i loro pensieri disfunzionali riguardo all'alimentazione aumentare. Il 74% dei soggetti ha riportato un aumento ponderale dei loro pensieri disfunzionali legati al Disturbo Alimentare, il 73% ha evidenziato sentimenti molto frequenti e forti di ansia ed il 73% di depressione, in tutti i casi i partecipanti hanno attribuito questi aumenti alla pandemia.

Il 29% di loro ha dichiarato un calo drastico nel sentirsi motivati e spronati a guarire (Vitagliano, Jhe, Milliren, Lin, Spigel, Freizinger, Woods, Forman, Richmond, 2021).

Quindi, sia i casi già accertati che i nuovi casi riportavano sintomi molto più gravi. e.

Inoltre, durante il periodo pandemico, anche l'accesso alle strutture sanitarie ed allo studio del terapeuta è stato vietato, riducendo così drasticamente le possibilità di seguire con costanza un trattamento, riducendo così la costanza e la velocità dei progressi (Agostino, Burstein, Moubayed, Taddeo, Grady, Vyver, Dimitropoulos, Dominic, Coelho, 2021).

4.DISCUSSIONE

L'avvento del Covid 19 è stato, a livello globale, un evento destabilizzante ed estenuante psicologicamente, fisicamente, socialmente ed economicamente.

Proprio a causa di questa caratteristica, come si può notare dai dati emersi dalle ricerche, ha acuitizzato quadri sintomatologici di pazienti già affetti da una psicopatologia, ma ha anche provocato l'insorgenza di molti nuovi casi.

Inoltre, considerando le restrizioni ed il periodo di lockdown necessari per la sopravvivenza in quel dato periodo, a questi dati si è andata ad aggiungere anche una minore offerta di cure adatte per questi pazienti, che hanno dovuto sospendere le loro

terapie o continuarle in maniera telematica, riscontrando però risultati non sempre completamente efficaci. I problemi legati a tale modalità di trattamento sono stati svariati e molteplici. Questo è dovuto alle condizioni soggettive dei vari pazienti: molti non avevano la possibilità di svolgere tali colloqui telematici, in altri casi potrebbero essere sorti problemi legati alla connessione, o semplicemente i pazienti si sono sentiti meno in dovere e spronati a proseguire in tal modo la loro terapia.

Tuttavia, ci sono stati anche dei riscontri positivi da pazienti che hanno avuto modo di perpetuare il loro percorso senza riscontrare problemi e con ugual efficacia.

Come si può evincere da quanto detto, la maggior parte degli studi non solo ha confermato un aumento nell'insorgenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare, ma ha anche evidenziato un peggioramento nella loro sintomatologia. In queste condizioni, i pazienti hanno vissuto una totale mancanza di controllo, non solo sulle loro scelte ed attività quotidiane, ma anche sulla loro vita in generale. Ignari di cosa sarebbe successo il giorno dopo e di che svolta avrebbe preso la situazione, impotenti davanti a questa emergenza sanitaria. Questa mancanza di controllo, per dei pazienti che soffrono di un Disturbo Alimentare e che sono alla continua ricerca di sentirsi in controllo sulla loro vita (e pertanto riversano questa ricerca sul loro rapporto il cibo), può aver spinto molti pazienti ad esercitare un controllo ancora più rigido sulla loro alimentazione, spiegando in parte il peggioramento della sintomatologia.

Altri aggravamenti sono, ad esempio, cali ponderali di peso nettamente più drastici rispetto al periodo immediatamente precedente alla pandemia, una messa in atto ancora più smodata e frequente delle varie condotte di eliminazione ed un'augmentata iperattività. Coerentemente con quanto indagato da questa tesi, gli studi confermano un aumento, nel periodo pre-pandemico e post-pandemico, soprattutto per i pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN). Questo risultato sembra essere dettato dalle condizioni psicologiche, oltre che sociali, dettate dal periodo pandemico. Caratterizzanti di questo periodo infatti sono stati sentimenti di paura, di smarrimento e confusione, ma soprattutto convivere tutti i giorni con il numero ingente di decessi che quotidianamente causava il Virus.

Per quanto riguarda le condizioni sociali invece, come abbiamo già studiato, è stato necessario ricorrere ad uno stato di quarantena a livello mondiale per cercare di fronteggiare il Covid 19. Il lockdown ha così precluso ogni possibile forma di vita sociale per delle persone, mettendo ancora più in difficoltà i pazienti con un Disturbo del Comportamento Alimentare che magari vivevano da soli o in situazioni familiari tossiche e disfunzionali.

Questo insieme di aspetti giustifica, nel complesso, l'aggravamento e l'estremizzazione della sintomatologia che è avvenuta in molti pazienti.

5.CONCLUSIONI

È possibile concludere, così come si deduce e si prova con i nostri dati, che effettivamente nel periodo pandemico e post-pandemico ci sia stato un aumento nell'incidenza a livello mondiale dei Disturbi del Comportamento Alimentare, in particolare modo non solo viene sottolineato un aumento dei casi di pazienti che soffrono di Anoressia Nervosa ma anche un peggioramento del Quadro Clinico e della sintomatologia di questi pazienti.

6.BIBLIOGRAFIA

(American Psychiatric Association DSM-V-TR, 2022)

(Sanavio & Cornoldi, 2017. Psicologia clinica)

(Qian, Wu, Liu, Zhu, Jin, Zhang, Wan, Li, Yu, An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis,2021)

(Telfner, Disturbi dell'alimentazione, ipotesi esplicative e modalità di intervento: una panoramica, 2004)

(Portale della Salute Mentale, 2017)

(Duncan, Ziobrowski, Nicol, The prevalence of past 12-month and lifetime DSM-IV eating disorders by BMI category in US men and women. Eur Eat Disord Rev, 2017)

(Gordon, Anoressia e Bulimia: Anatomia di un'epidemia sociale, 1990)

(Bruch, 1973; Franzoni, Gualandi, Pellegrini, Il Caleidoscopio: I Disturbi del Comportamento Alimentare, 2004)

(De Matteis, Toscano, La Filosofia ANA: il culto dei disturbi del comportamento alimentare su internet, 2009)

(Smink, Van Hoeken, Hoek, Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep, 2012)

(Carano, Totaro, De Berardis, Mancini, Faiella, Pontalti, Vizza, Mariani, 2011)

(Pozzi, Luxardi, Sabbion, Disturbi del comportamento alimentare e disturbi da uso di sostanze: una revisione della recente letteratura ,2010)

(Sanavio, Psicologia Clinica, 2016)

(Messina, Oliani, Veglia, Berlincioni, Traumi infantili e Disturbi del Comportamento Alimentare: una review ,2013)

(Sanavio & Cornoldi, 2017. Psicologia clinica)

(Trevisi, Istituto di Santa Chiara: Alessitimia, 2021)

(Carano, Totaro, De Berardis, Mancini, Vizza, Mariani, 2011)

(Montecchi, Anoressia mentale dell'adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato, 1994)

(Kring, Johnson, Davison, Neale, Psicologia clinica, 2017)

(Ruggieri, Fabrizio et al., La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale, 1994)

(Garner & Dalle Grave, 1999)

(Arkel & Robinson, 2008)

(American Psychiatric Association. DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi, 2014)

(Castellini, Di Filippo, Fabrazzo, Faravelli, Fassino, Ferrara, Leombruni, Mitchell, Monteleone, Ricca, Roerig, Steffen, Todisco, Vinai, Wonderlich, 2009)

(Attia, Walsh, Manuale MSD 2022)

(Cuzzolaro, Anoressie e Bulimie, 2014)

(DSM-V-TR, 2022)

(Arevalo, Aguillar, Tellez-Giròn, Mancilla-Diaz, Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios: Mexican Journal of Eating Disorder, 2015)

(Dally, 1969, "Anorexia Nervosa" New York: Grune and Stratton)

(Laghi, Baiocco, Ghezzi, Cacioppo, Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza, 2012)

(Bruch "La gabbia d'oro: l'enigma dell'Anoressia Mentale", 1983)

(Vanderlinden, Vandereycken, Le Origini Traumatiche dei Disturbi Alimentari, 1998)

(Kessler, McLaughlin, Green et al., Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry, 2010)

(Perron, Psicoanalisi, perché?, 2002)

(Freud, Introduzione alla psicoanalisi, 1915-17)

(Pietrini, Lelli, Verardi et al. La valutazione retrospettiva del trauma infantile: una revisione degli strumenti, 2010)

(Jacobi, Hayward, De Zwaan, coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychol Bull 2004)

(Petrella, Traumi psichici. Il trauma infantile nella prospettiva dell'adulto. Gli Argonauti, 1994)

(Organizzazione Mondiale della Salute, 2020)

(Ochani, Asad, Yasmin, Shaikh, Khalid, Batra, Sohail, Mahmood, Arshad, Kumar, Surani, COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management, 2021)

(Romano, I dati delle piattaforme durante la crisi da COVID-19, 2022)

(Tisdell, C.A. Economic, social and political issues raised by the COVID-19 pandemic, 2020)

(Saulle, Minozzi, Amato, Davoli, Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura, 2021)

(Carosi, Harrison principi di medicina interna, 2021)

(Majumder, Minko, Recents Developments on Therapeutic and Diagnostic Approaches for Covid-19. The AAPS Journal, 2021)

(Antonelli, Harrison principi di medicina, 2021)

(AAPS,2021)

(Antonelli, Carosi, Cauda, Pession, Harrison principi di medicina, 2021)

(Petrelli, Di Napoli, 2022)

(Verity et al., 2020)

(Zhang, Li, Zhang et Al, 2020)

(Caroso, 2020)

(Paules, Marston, Fauci, 2020)

(Cuocolo, I diritti costituzionali di fronte all'emergenza Covid-19: la reazione italiana, 2020)

(Gautam, Hens, COVID.19: impact by and on the environment, health and economy, 2020)

(Peters, Vetter, Guitart, Loftinejad, Pittet, Understanding the emerging coronavirus: what it means for health security and infection prevention. Journal of Hospital Infection, 2020)

(Shah, Sachdeva, Johnston, Eating disorders in the age of COVID-19, 2020)

(Devoe, Han, Anderson, Katzman, Patten, Soumbasis, Flanagan, Paslakis, Vyver, Marcoux, Dimitopoulos, 2022)

(Zaccagnino, Cussino, Callerame, Civilotti, Rivista di Psicoterapia EMDR, 2021)

(Schlegl, Maier, Meule, Voderholzer, Eating Disorders in times of the Covid-19 pandemic 2020)

(Fernandez-Aranda et al., COVID-19 and implicacions for eating disorders. European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association, 2020)

(Castellini, The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls, 2020)

(Branley-Bell & Talbot, Exploring the impact of the Covid-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorder, 2020)

(Brown, A qualitative exploration of the impact of Covid-19 on individuals with eating disorders in the UK. Appetite, 2021)

(Richardson et al., Exploring the impact of the Covid-19 pandemic on help-seeking behaviours in individuals suffering from eating disorders and their caregivers, 2020)

(Hunter e Gibson, Narratives from within 'lockdown': A qualitative exploration of the impact of COVID-19 confinement on individuals with anorexia nervosa. Appetite, 2021)

(Termorshuizen et al., Early impact of COVID-19 on individuals with self reported eating disorder. Int J Eat Disord., 2020)

(Akgul et al., The effects of the COVID-19 lockdown on adolescents with an eating disorder and identifying factors predicting disordered eating behaviour, 2021)

(Giel et al., Eating behaviour and symptom trajectories in patients with a history of binge eating disorder during COVID-19 pandemic, 2021)

(Vitagliano, Jhe, Milliren, Lin, Spigel, Freizinger, Woods, Forman, Richmond, COVID-19 and eating disorder and mental health concerns in patients with eating disorders, 2021)

(Agostino, Burstein, Moubayed, Taddeo, Grady, Vyver, Dimitropoulos, Dominic, Coelho, Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the Covid-19 Pandemic in Canada, JAMA Network Open,2021)

(Galmiche, Dèchelotte, Lambert, Tavolacci, Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. The American journal of clinical nutrition, 2019)

(Makino, Tsuboki, Dennerstein, Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. MedGenMed, 2004).