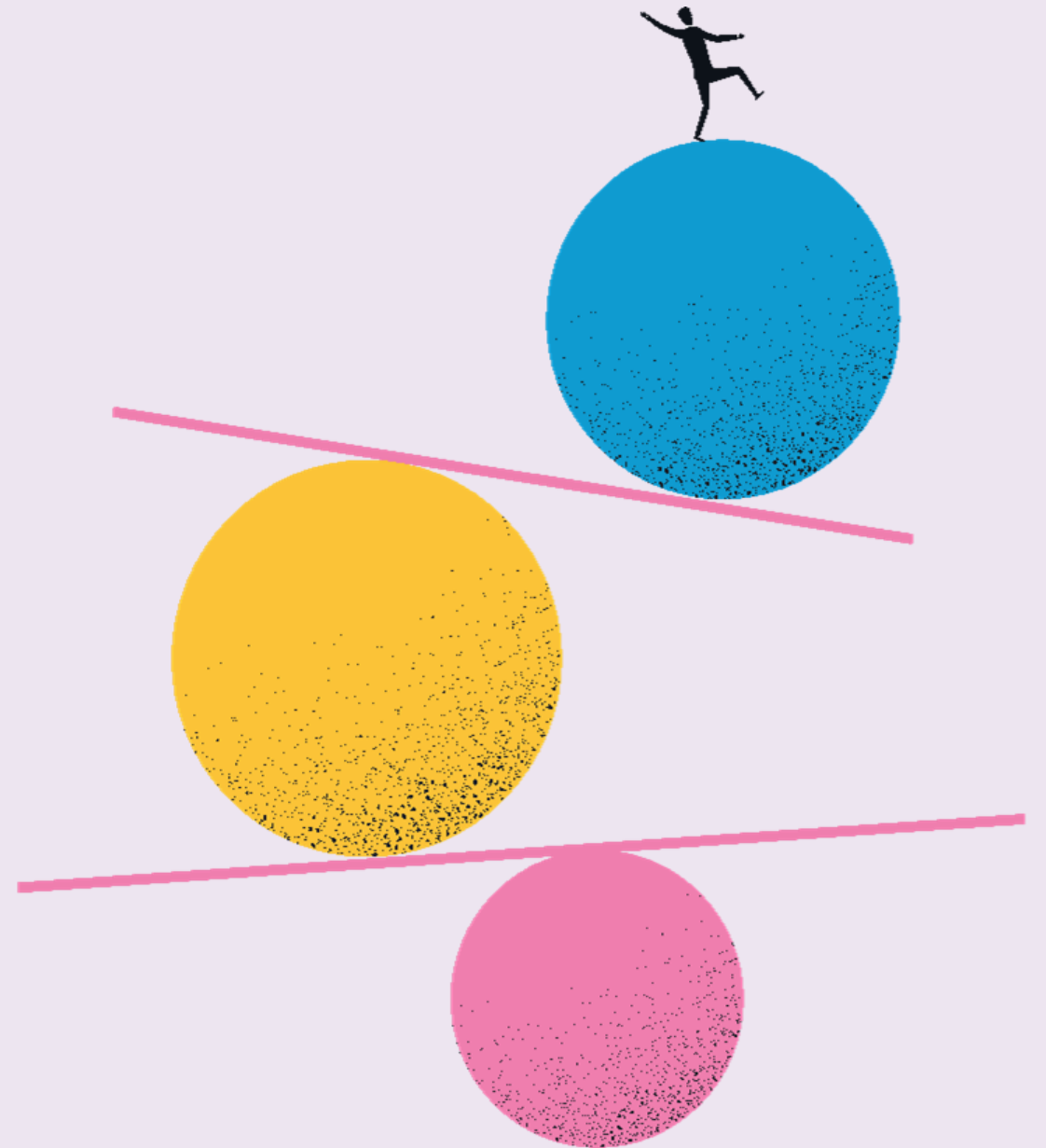


# ALLENARSI ALLA VITA

TRASFORMARE LE FRAGILITÀ  
IN OPPORTUNITÀ



# RICONOSCERE LE FRAGILITÀ E SUPPORTARLE

ESPERIENZE ED ESPERTI DIALOGANO

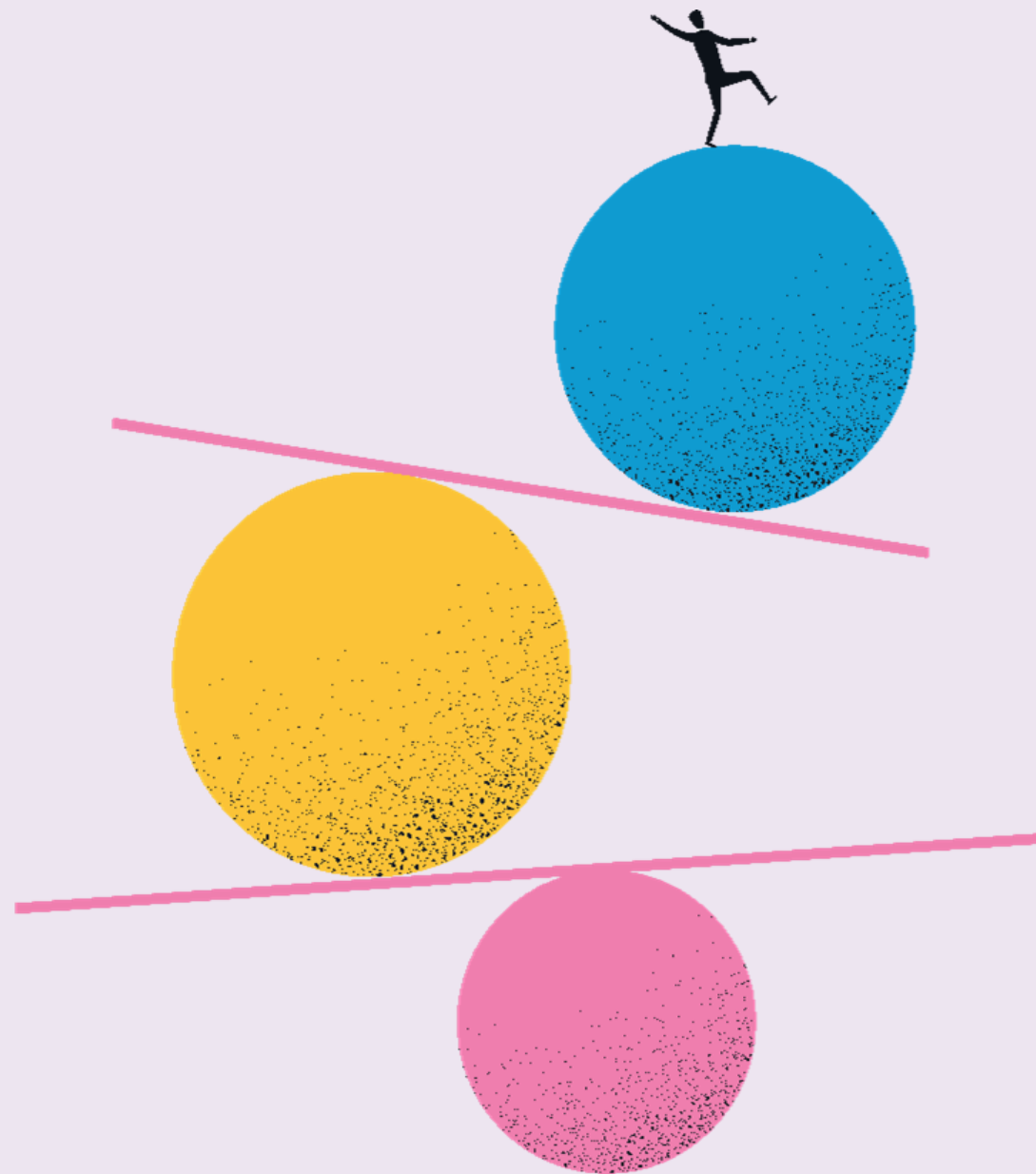
Focus sui disturbi della nutrizione e  
dell'alimentazione

Relatori:

Ettore Corradi, Marcella Tajani



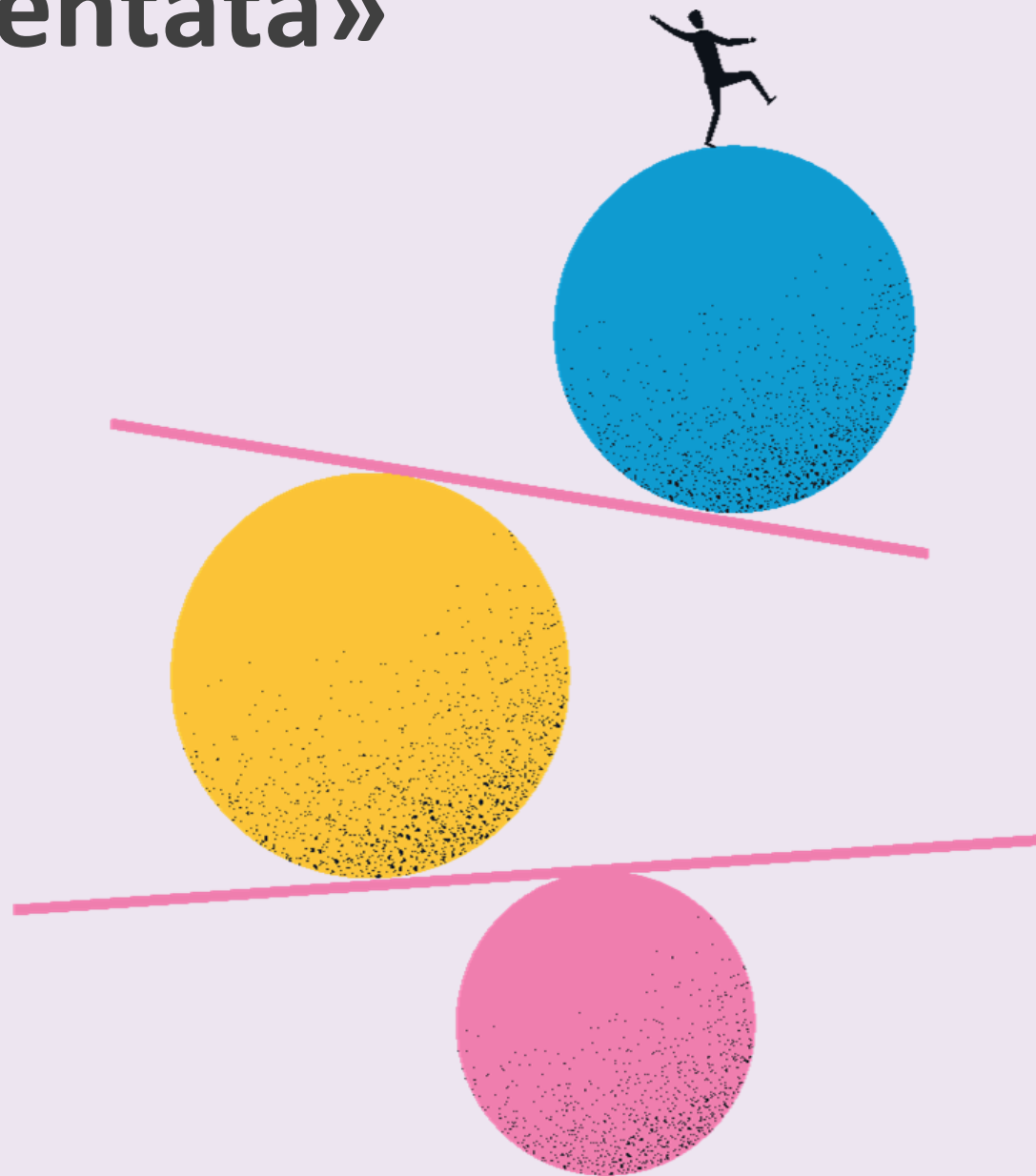
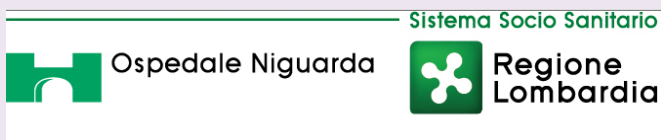
**BULLONE**  
Pensare. Fare. Far pensare.



# L'alimentazione «spaventata» nel terzo millennio. Cibo: piacere e danno

**Ettore Corradi**

Direttore Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica,  
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda



- La consapevolezza che l'**alimentazione** possa influenzare il nostro **stato di salute** è un **sapere “antico”**, fondamento della medicina occidentale.
- Ne possiamo trovare traccia in **Ippocrate** (460 a.C. circa – 377 a.C.) se non antecedentemente



# The Guardian Weekly

Ai giorni nostri stiamo producendo e consumando più cibo che mai, eppure la nostra dieta moderna ci sta uccidendo.

***Come possiamo risolvere questo dilemma dolce-amaro?***

Quello che mangiamo è attualmente la principale causa di malattia e di morte nel mondo più di tabacco e alcool!!!

Bee Wilson, Sat 16 Mar 2019 09.00 GMT



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:

**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



## Alimenti, diete e integratori: la scienza della nutrizione tra miti, presunzioni ed evidenze

Fondazione GIMBE\*

La quotidiana interazione con il cibo genera un rapporto di familiarità diffusa e superficiale con l'alimentazione, determinando credenze non supportate da evidenze scientifiche.



Aprile 2018 | Volume 10 | Issue 4 |

# *Nascita della Scienza della Nutrizione*

**1932:** viene scoperta e testata come cura per lo *scorbuto* la **vitamina C**

Nei decenni successivi furono identificate ulteriori carenze di singoli nutrienti associate a patologia:

- vitamina A *emeralopia*
- vitamina D *rachitismo*
- vitamina B<sub>1</sub> *beriberi*
- Vitamina B<sub>3</sub> *pellagra*

**APPROCCIO RIDUZIONISTICO:  
ASSOCIAZIONE PATOLOGIE CARENZIALI  
MANCANZA DEL SINGOLO NUTRIENTE!!!**



# «Mondo occidentale»

In pochi decenni innovazione, tecnologica e cambiamenti socio-economici portano a:



malattie carenziali



malattie croniche non trasmissibili

Obesità/diabete, tumori e malattie cardiovascolari nelle ultime decadi del secolo scorso si sono rivelate come i veri “**big killer**” in queste aree del mondo.



L'approccio in ambito nutrizionale non è stato in grado di seguire questo cambiamento epocale.

Si è proseguito per almeno 3 decenni nel cercare di **individuare il singolo nutriente** in carenza o in eccesso che potesse, se modulato, guarire dalla malattia.



# Scienza della Nutrizione

**Anni '80:** nel mondo occidentale, con le patologie carenziali ampiamente debellate, compaiono le **malattie cronico degenerative**, i «**big killer**» della società del benessere:

- Neoplasie
- Diabete / Obesità
- Malattie cardiovascolari

## APPROCCIO RIDUZIONISTICO:

- **Carni rosse:** Neoplasia
- **Carboidrati:** Diabete / Obesità
- **Colesterolo:** Malattie Cardiovascolari





# Pattern alimentari



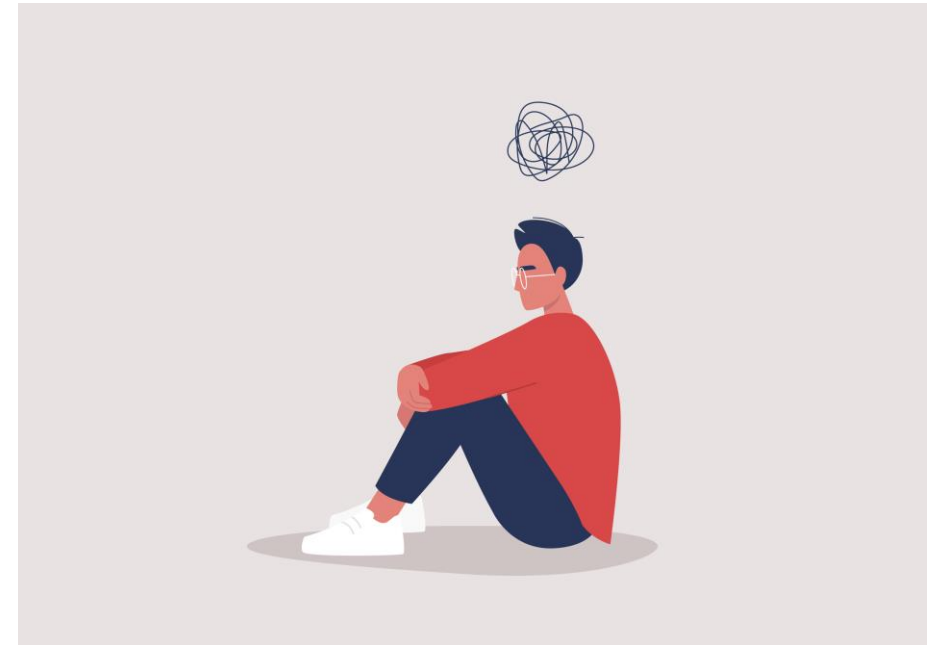
	Healthy Eating Index	Alternate Healthy Eating Index	Mediterranea	Dietary Approaches to Stop Hypertension
ALCOOL		●	●	
CALORIE "VUOTE"	●			
PESCE	●		●	
FRUTTA	●	●	●	●
LEGUMI			●	
LOW-FAT DAIRY	●			●
NOCI		●	●	●
OLII PREGIATI	●	●	●	
CARNI ROSSE E LAVORATE		●	●	●
CEREALI RAFFINATI	●			
SODIO	●	●		●
BEVANDE ZUCCHERATE		●		●
PROTEINE TOTALI	●			
VEGETALI	●	●	●	●
CEREALI INTEGRALI	●	●	●	●



# Scelte alimentari

Nel “primo mondo”, in conseguenza della abbondante disponibilità di cibo, **la libertà di scelta** in campo **alimentare** è attualmente **accresciuta**.

Le abitudini dietetiche stanno evolvendosi in processi psicologicamente complessi, non più quasi esclusivamente dettati da fame, piacere o problemi pratici.



# Scelte alimentari

## Original Article

### **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

La scelta alimentare sta sempre più diventando un palcoscenico per esprimere la **propria personalità.**

Dominio all'interno del quale si esprimono:

- **ideali**
- **valori**
- **identità**

*Appetite* (2001) 37, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**®



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta



# ***Motivi influenzanti le scelte alimentari***

## Original Article

### **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

- Salute
- Soddisfacimento sensoriale
- Controllo ponderale
- Salubrità / “Naturalità” dell’alimento
- Familiarità
- Convenienza/Prezzo
- Motivi religiosi
- Benessere ecologico

*Appetite* (2001) 37, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**<sup>®</sup>



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta



# ***Fattori influenzanti le scelte alimentari***

Original Article

## **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

### **Ideologia**

1. Ecologica
2. Salutistica
3. Edonistica
4. Utilitaristica
  
5. Religiosa

*Appetite* (2001) 37, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**<sup>®</sup>



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



# *Fattori influenzanti le scelte alimentari*

Original Article

## **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

## **Ideologia: Ecologica**

### **Valori**

1. Universalismo
2. Autodeterminazione

### **Obbiettivo**

- Politico
- Difesa ambientale
- Equilibrio naturale
- Interesse per la salute

*Appetite* (2001) 37, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**<sup>®</sup>



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



# ***Fattori influenzanti le scelte alimentari***

## Original Article

### **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

## **Ideologia:** Salutistica

### **Valori**

1. Conformità
2. Tradizione
3. Sicurezza

### **Obbiettivo**

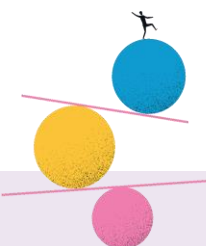
- Interesse per la salute
- Controllo del peso

*Appetite* (2001) 37, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**<sup>®</sup>



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



# ***Fattori influenzanti le scelte alimentari***

Original Article

## **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

## **Ideologia: Edonistica**

### **Valori**

#### **1. Piacere**

### **Obbiettivo**

- Soddifazione sensoriale
- Interesse per la salute

*Appetite* (2001) **37**, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**®



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



# ***Fattori influenzanti le scelte alimentari***

Original Article

## **Food choice ideologies: the modern manifestations of normative and humanist views of the world**

Marjaana Lindeman and Minna Sirelius

*Department of Psychology, University of Helsinki*

## **Ideologia:** Utilitaristica

### **Valori**

#### 1. Vantaggio

### **Obbiettivo**

- Convenienza
- Dimestichezza
- Prezzo

*Appetite* (2001) 37, 175–184  
doi:10.1006/appe.2001.0437, available online at <http://www.idealibrary.com> on **IDEAL**<sup>®</sup>



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta

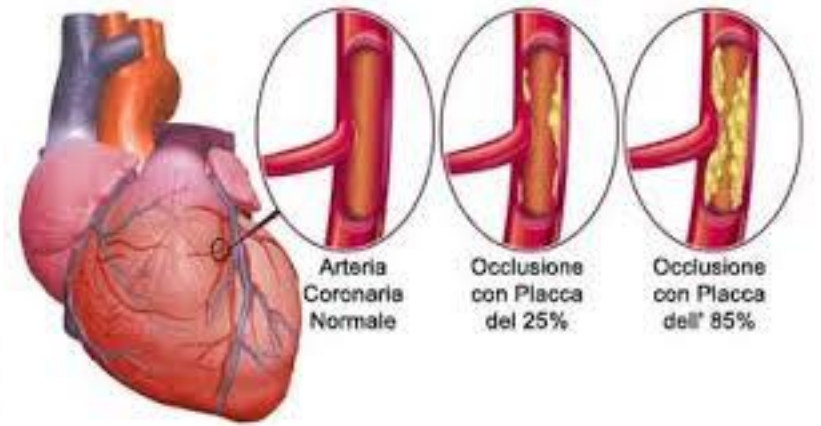


# Il «cibo»

Può diventare uno strumento attraverso il quale fare delle considerazioni non solo cliniche ma sul funzionamento intrinseco della società occidentale nella nostra epoca









## DAIRY DIASPORA

Dairying practices spread from the Middle East to Europe as part of the Neolithic transition from hunting and gathering to agriculture.



# Cibo (sinonimo alimento)

## DEFINIZIONE

Ogni **sostanza** o insieme di sostanze in qualsiasi stato della materia e struttura, **assimilata** da un organismo vivente per la propria **nutrizione**.

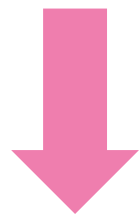


# ***Cibo (sinonimo alimento)***

Tutto ciò che **mangiamo** e beviamo ai fini del sostentamento fisico



***Cibo (sinonimo alimento)***



***MANGIARE***



# Mangiare

È un **atto fisiologico** attraverso il quale **assumiamo** gli **alimenti** necessari per fornire all'organismo l'**energia** e i **nutrienti** necessari per **vivere**.



# *In corso di visita valutando i pasti degli ultimi giorni:*

“ ...non saprei... più di così **non riesco a mangiare** ... ho **paura**...  
...non di prendere peso... o... non solo di aumentare di peso...  
È anche una **paura diversa**...”

Ma mangiare è un **atto fisiologico, naturale**... come il **respirare**...  
Ha forse paura anche di respirare?



# *Mangiare*

Se escludiamo il latte materno che viene assunto direttamente dal seno durante l'allattamento **non esiste un solo alimento che sia ASSUNTO "naturalmente"**.



# Mangiare



Atti apparentemente differenti sono  
**entrambi** il risultato di  
**CULTURA** e **STORIA**



# Mangiare

Il frutto colto dall'albero appare più "naturale" dello snack ma entrambi sono passati attraverso gli stessi **meccanismi culturali** di:

- **Selezione**
- **Identificazione** (appartenenti all'ordine commestibile)
- **Catalogazione** ("lista" dei prodotti consumabili)



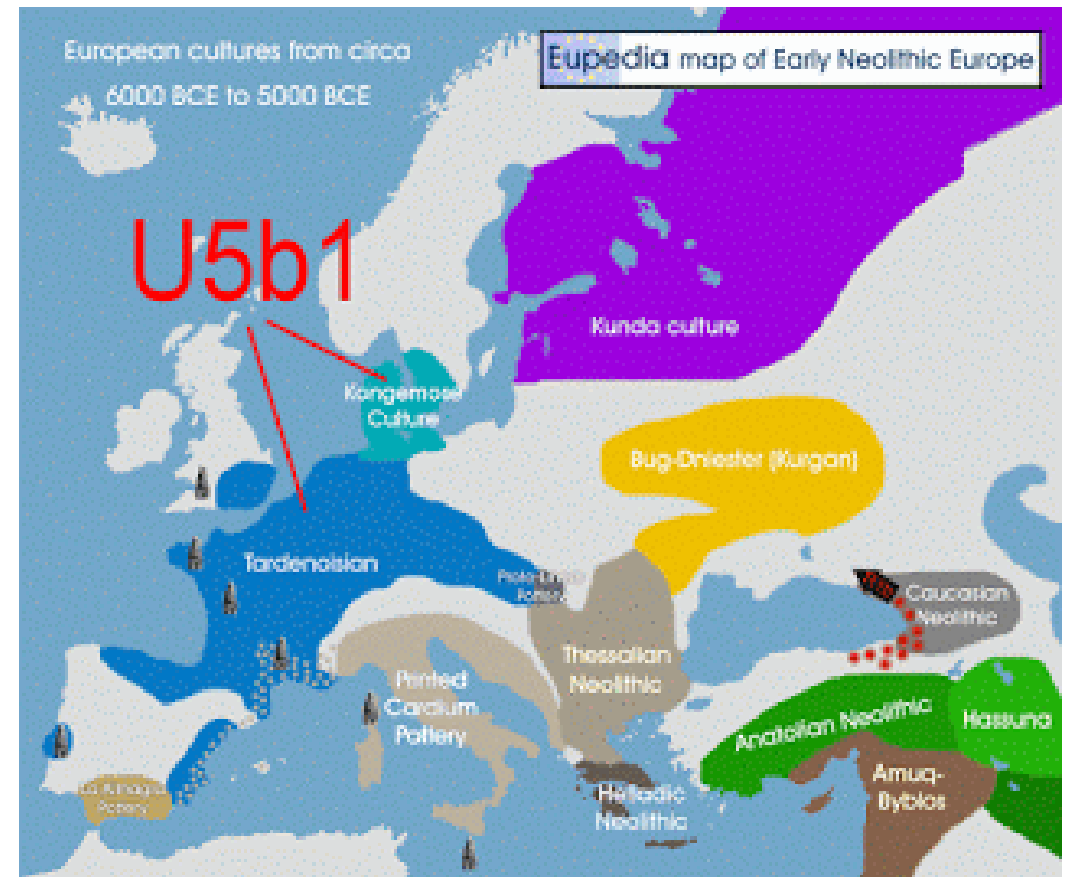
# Mangiare

L'allevamento nel neolitico medio si specializza

Regione a **nord di Parigi allevamento** di ovini e maiali con finalità di produzione carnea;  
Allevamento dei bovini per la produzione del latte.

Difficile pensare ad adattamenti ad ambienti naturali differenti invece scelta sociale indipendente dalle risorse disponibili.  
**SCelta CULTURALE DELLA COMUNITÀ**

Regione a **sud di Parigi allevamento** bovini con finalità di produzione carnea.



# Mangiare

## Atto fisiologico

- ✓ Atto che **ingloba** l'alimento ingerito
- ✓ Atto che **non permette** una presa di **distanza**
- ✓ È un'assimilazione, una vera e propria **"incorporazione"**



P. Vincenzi in M. Mazzocut-Mis Dal gusto al disgusto 2015

L'assimilazione e l'“**incorporazione**” lasciano sempre aperto il campo a un **rischio** di:

- **Contaminazione**
- **Trasformazione**
- **Avvelenamento**



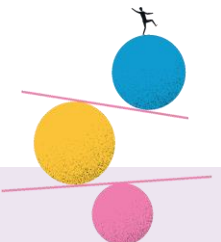
***Cibo (sinonimo alimento)***



***MANGIARE***



***IL GUSTO***



# *Il gusto*

Non è però possibile parlare di **cibo** senza declinarlo con uno dei 5 sensi, il **gusto**.

**Cibo** e **gusto** sono elementi di una Diade strettamente e indissolubilmente correlata



# Il gusto

Il pensiero filosofico occidentale identifica i **5 sensi** come **porte di accesso alla conoscenza**.

Nell'ambito dei sensi, il senso del **gusto** è stato tradizionalmente relegato ai **sensi inferiori**, più oscuri, a fronte dei sensi "nobili" vista ed udito.



TOUCH



VISION



SMELL



TASTE



HEARING

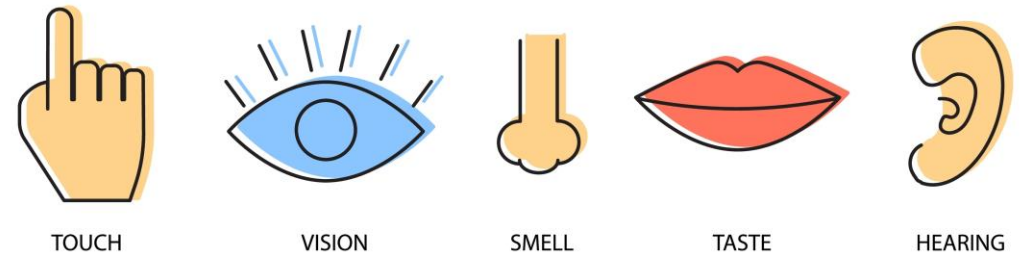


# Il gusto

- ✓ **vista** e **udito**: sensi “**elevati**”
- ✓ **olfatto** in posizione di mediatore
- ✓ **tatto** e **gusto**: sensi “**bassi**”.

## Sensi “bassi”

Sono quelli che si attivano per contatto diretto con l’oggetto che investe la sfera corporea e non per mediazione.



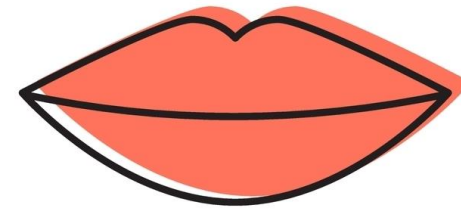
De anima, de sensu et sensibilibus Aristotele 384 a.C-322 a.C.

# *Il gusto*

Porta alla conoscenza del mondo con un contatto diretto: corporeo, materiale, carnale

ci porta dritti nel mondo delle emozioni e del piacere

... piacere che può però nascondere il pericolo di una possibile trasgressione...



TASTE



# *Il gusto*

L'elemento corporeo, materiale, che è legato al gusto e al piacere pone l'individuo a confronto con la consapevolezza che il pericolo della **trasgressione** è sempre presente.



TASTE

M. Mazzocut-Mis Dal gusto al disgusto 2015



# *In corso di visita valutando i pasti degli ultimi giorni:*

“ ...non saprei... più di così non riesco a mangiare... ho paura...  
...non di prendere peso... o... non solo di prendere peso...

È anche una paura diversa  
**Sento di non meritarlo!!!”**



# Mangiare

L'assimilazione e l' "incorporazione" lasciano sempre aperto il campo a un "rischio" di:

- **Contaminazione**
- **Trasformazione**
- **Avvelenamento**
- **Trasgressione / Piacere**



- Il **cibo** quindi può essere percepito come un “**nemico**”: qualcosa da rifiutare perché può **trasformare, contaminare** e aprire le porte al mondo delle **emozioni** e **non delle cose** ...
- Di conseguenza il **cibo** deve essere “**controllato**”, “**misurato**”, “**prescritto**” e svincolato dal piacere.
- È il solo modo che ci consente di accettare, senza sensi di colpa, le inevitabili sensazioni e trasformazioni corporee, che si associano al piacere.



# Loss of pleasure, ideological food choice reasons and eating pathology

M. Lindeman and K. Stark

*Department of Psychology, University of Helsinki*

150 SOGGETTI IN CORSO DI DIETA

62%	Onnivori
29%	Latto – ovo -vegetariani
9%	Vegani

*Appetite (2000) 35, 263–268*



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta



# Loss of pleasure, ideological food choice reasons and eating pathology

## Food Choice Questionnaire (FCQ)

Valuta i motivi delle scelte alimentari in relazione alla volontà di controllo del peso o alla ricerca del piacere.

## Ideological commitment to food choice

7 items

(Es.: «A causa della mia visione del mondo, ci sono alcuni alimenti che sono inadatti per me», «Il cibo che mangio mi dice qualcosa sui miei valori», «Evito di mangiare alcuni alimenti perché mangiarli sarebbe in conflitto con i miei valori»)



*Appetite* (2000) 35, 263–268



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta

# Loss of pleasure, ideological food choice reasons and eating pathology

Food-choice cluster			
Low ideology– high pleasure	High ideology– low pleasure	Low ideology– low pleasure	High ideology– high pleasure

*Appetite* (2000) 35, 263–268



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta



# Loss of pleasure, ideological food choice reasons and eating pathology

**Symptoms of eating disorders:** Eating Attitudes Test (EAT)

**Depression:** short form of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

**Appearance dissatisfaction and weight dissatisfaction:** Visual Analogue Scales (VAS)

**Internalization of the societal thinness standards:** Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire

**Magical thinking:** Magical Beliefs About Food and Health scale



*Appetite* (2000) 35, 263–268



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta

# Loss of pleasure, ideological food choice reasons and eating pathology

M. Lindeman and K. Stark

**Table 1.** Eating status and the means and deviations (in parentheses) for the personality variables among the four food-choice clusters.

Variable	Food-choice cluster			
	Low ideology– high pleasure	High ideology– low pleasure	Low ideology– low pleasure	High ideology– high pleasure
Eating status (%)				
Omnivores	86	30	84	40
Semivegetarians	7	60	16	40
Vegetarians	7	10	0	20
Symptoms of eating disorders (1–78)	7.00 (6.51)	17.50 (16.45) <sup>a</sup>	9.16 (7.19)	11.09 (9.05)
Depression (0–30)	5.36 (5.36)	11.80 (4.85) <sup>a</sup>	8.95 (4.95)	8.98 (6.37)
Self-esteem (1–5)	4.00 (0.64)	3.22 (0.45) <sup>a</sup>	3.85 (0.62)	4.02 (0.59)
Appearance dissatisfaction (1–100)	27.64 (14.23)	49.70 (28.67) <sup>a</sup>	39.47 (21.01)	28.08 (17.49)
Weight dissatisfaction (1–100)	36.64 (27.05)	64.50 (23.74) <sup>a</sup>	55.10 (21.68)	42.61 (29.81)
Intern. of thinness pressures (1–5)	2.97 (1.04)	3.13 (0.97)	2.73 (0.83)	3.25 (0.98)
Magical beliefs (1–5)	2.17 (0.65)	2.40 (0.51)	2.02 (0.72)	2.89 (0.74)

Scale ranges are given after scale names.

<sup>a</sup>Means in which the high ideology–low pleasure group differed from the other groups.

*Appetite* (2000) 35, 263–268



Cosa è successo nelle ultime due decenni per cui non siamo più in grado di gestire questi “rischi” legati al cibo e all’atto del mangiare??





# La trasmissione del «sapere»



# ***La trasmissione del “sapere”***

Il passato recente

Sino alla **passata generazione** eravamo convinti che saremmo riusciti a “spiegare” e a “riparare” tutto ciò che era “difettoso”.

Malattie incurabili, ingiustizia sociale, economia iniqua erano frutto di **regole “non ancora conosciute”**, il **futuro** ce le avrebbe fatte conoscere **“guarendo l’umanità”**.

M. Benasyang; G. Schmit L’epoca delle passioni tristi 2003



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



# ***La trasmissione del “sapere”***

Il futuro

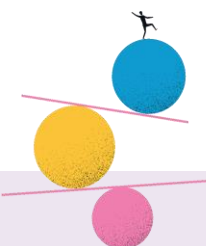
Da positività pura il **futuro** diventa oggi **negatività estrema**.

Le immagini del futuro che ci si prospettano spesso evocano:

- inquinamenti di ogni genere, disastri naturali “non dominabili”,
- diseguaglianze sociali sempre più dolorose,
- instabilità dei sistemi economici,
- nuove malattie.



M. Benasyang; G. Schmit L'epoca delle passioni tristi 2003



# ***La trasmissione del “sapere”***

Il passato recente

Società dominata dalle “**passioni tristi**”: **impotenza** e **disgregazione**.

La “**quotidianità della precarietà**” con l’**incertezza del futuro** ci immerge in un sentimento di emergenza che mette **in discussione il principio di autorità anteriorità**.



# *La trasmissione del “sapere”*

## Principio di autorità-anteriorità:

se questo è **stato**,

se quello che viviamo è,

allora lo **sarà** anche in **futuro**

L’anteriorità, l’anzianità, il preesistente rappresenta automaticamente una delle fonti dell’autorità.

F. Hèritier, *Paris 2002*



**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
**fg** Fondazione  
Guido  
Venosta



L'indebolimento del **principio di autorità-anteriorità** può esporci alla paura di non riuscire a gestire i “rischi” correlati a cibo e mangiare



Cerca su Google o digita l'URL





È in questo contesto che inseriamo, non le patologie dell'alimentazione, ma l'alimentazione di una società impaurita.

Anoressia, vigoressia, ortoressia, sitofobia, crudismo, veganesimo, ecc., non possono essere considerate solo malattie e/o mode alimentari, ma piuttosto **espressioni di una società che ha paura.**



# GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Anselm Feuerbach (Spira, 1829 – Venezia, 1880)



DEASCUOLA

**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

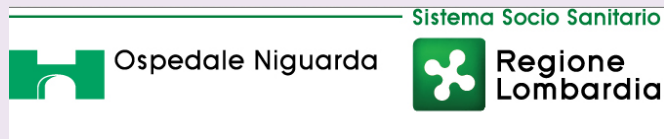
Con il sostegno di:

**fgv** Fondazione  
Guido  
Venosta

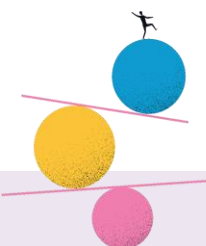
# Quali sono le fragilità delle generazioni attuali. Come riconoscerle e cosa si può fare

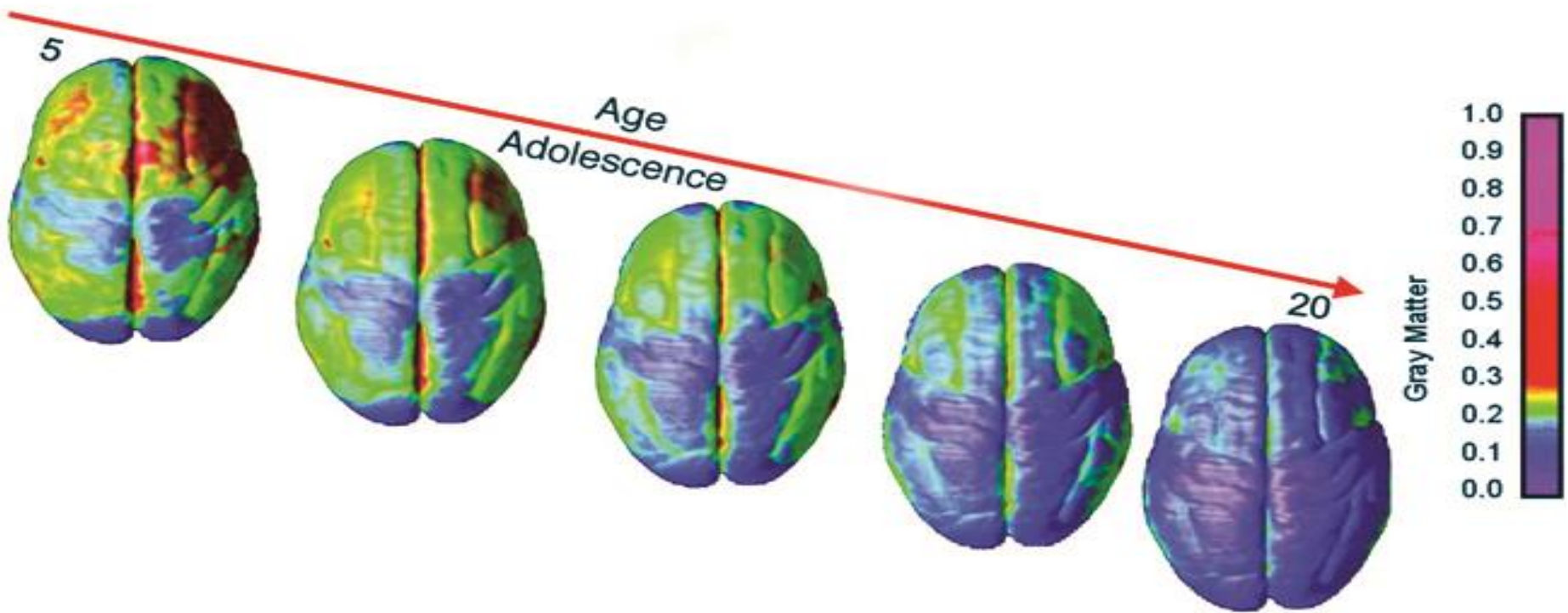
**Marcella Tajani**

Psichiatra presso il centro per la cura dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda



# *La cornice: caratteristiche neurobiologiche dell'adolescenza*



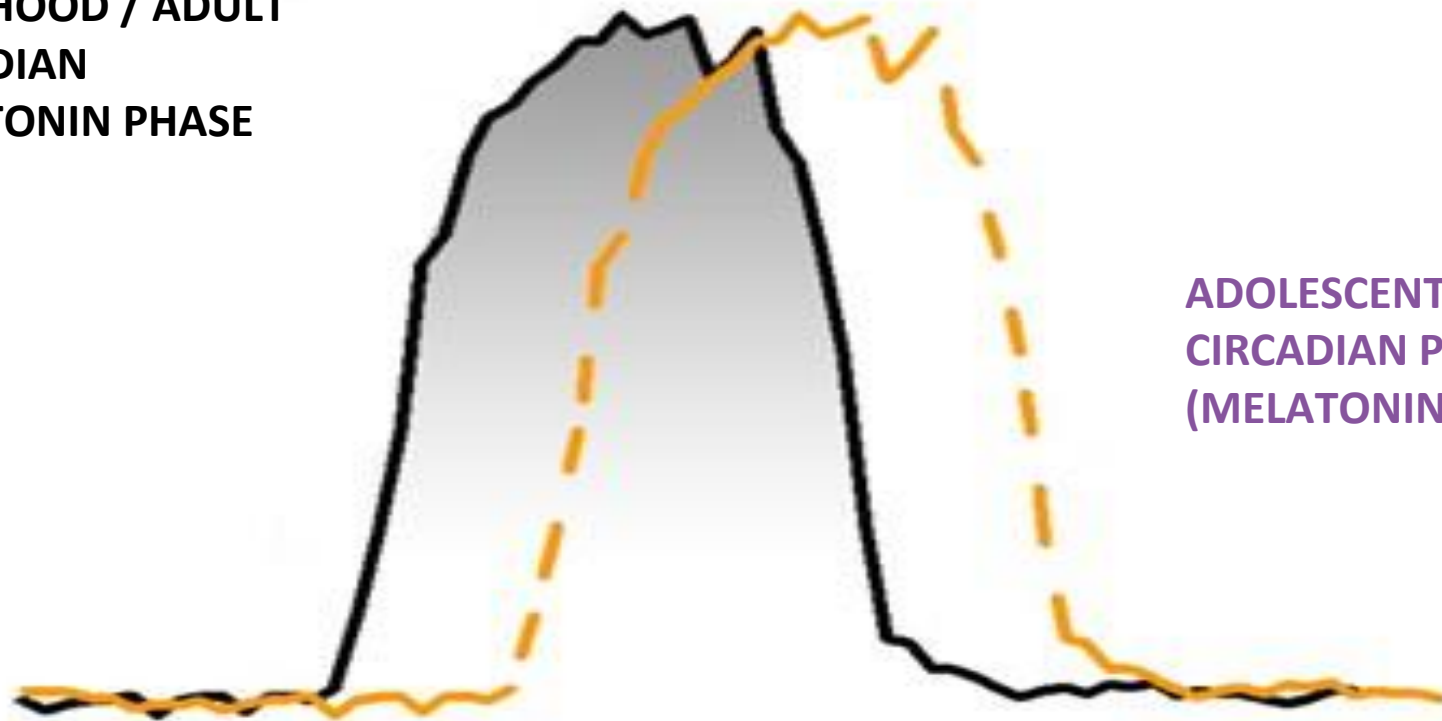




ADOLESCENT DELAYED  
CIRCADIAN PHASE  
(MELATONIN PEAK)



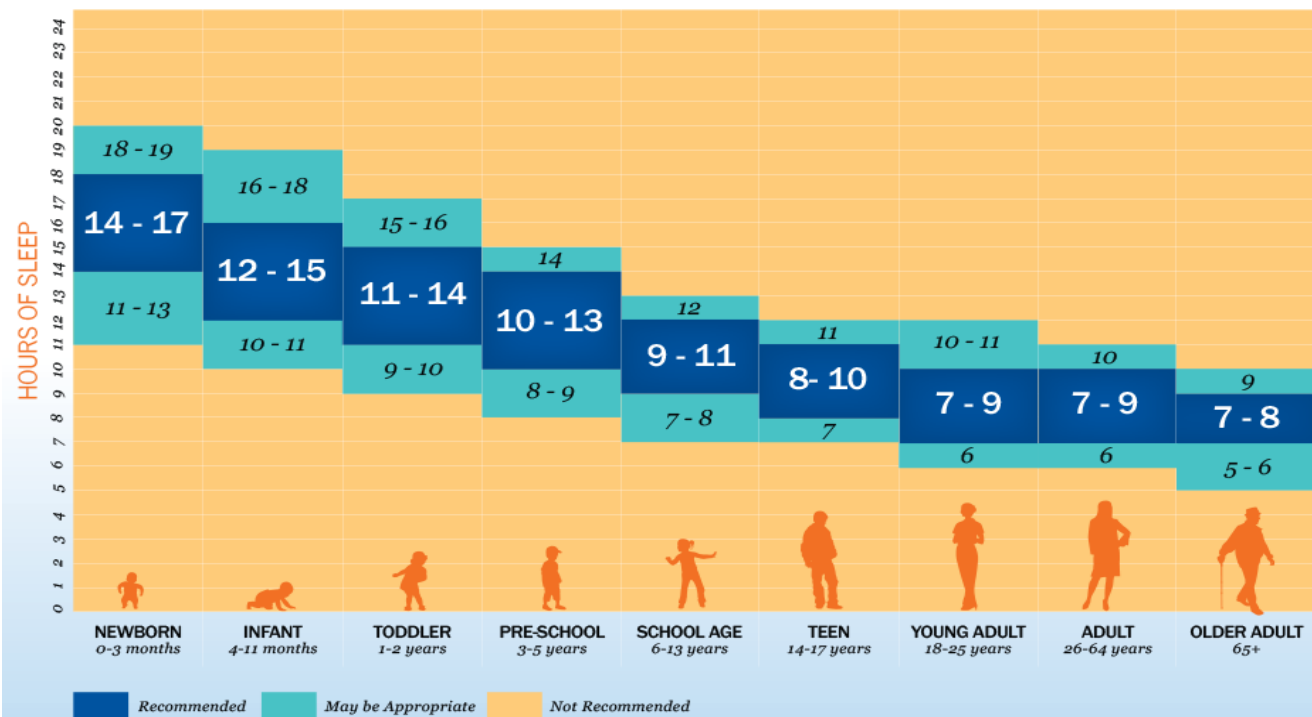
CHILDHOOD / ADULT  
CIRCADIAN  
MELATONIN PHASE



ADOLESCENT DELAYED  
CIRCADIAN PHASE  
(MELATONIN PEAK)



# SLEEP DURATION RECOMMENDATIONS



SLEEPFOUNDATION.ORG | SLEEP.ORG

Hirshkowitz M, The National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary, Sleep Health (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>



# *Disturbi alimentari*

## Eating disorders

*Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt*

[Lancet 2020; 395: 899-911](#)

See [Editorial](#) page 840

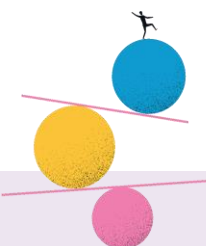
- disturbi mentali gravi: caratterizzati da preoccupazione per immagine corporea e cibo
- distribuzione di genere (1 ragazza su 6, 1 ragazzo su 20): caratterizzazione differente in base al genere
- severo impatto sulla salute fisica e sul funzionamento psico-sociale



# Classificazione dei DNA secondo DSM-V-TR



1. Anoressia Nervosa
2. Bulimia Nervosa
3. Binge eating disorder
4. Disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)
5. Pica
6. Disturbo da Ruminazione (mericismo)
7. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
8. Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione



# 1. *Anoressia Nervosa (DSM-5)*

- A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità che porta a un peso corporeo significativamente basso (“minore di quello minimo previsto”).
- B. Intensa paura di aumentare di peso di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.



# ***Il nucleo della psicopatologia dell'AN: polarizzazione idetica sul cibo e dispercezione della propria immagine corporea.***

- Nell'infanzia e nella prima adolescenza può non essere esplicitato il disturbo del pensiero, ma sono evidenti i comportamenti restrittivi sull'alimentazione o di compenso, come l'iperattività fisica.
- L'iperattività è finalizzata al controllo del peso e nelle situazioni di maggiore gravità assume carattere compulsivo difficilmente coercibile dal soggetto.
- In adolescenza i pensieri anoressici vengono spesso descritti sotto forma di "voce", riconosciuta proveniente dalla mente.



# 1. *Anoressia Nervosa*

Si distinguono 2 sottotipi:

- tipo con restrizioni
- tipo con abbuffate/ condotte di eliminazione

Gravità attuale:

- lieve IMC  $>17$  KG/M<sup>2</sup>  $<18.5$
- moderata 16-16,99
- grave 15-15,99
- estrema  $< 15$

Il livello di gravità per bambini e adolescenti si basa sul percentile IMC



## 2. *Bulimia Nervosa*

A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti elementi:

- mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili;
- sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare e a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.



## 2. *Bulimia Nervosa*

- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.



## 2. *Bulimia Nervosa: complicanze*

### Vomito auto-indotto

- Disturbi metabolici
  - aritmie cardiache
  - tetania
  - debolezza, letargia
  - disidratazione
  - crisi epilettiche
  - danni renali
- Erosione dello smalto dentario
- Esofagite da reflusso
- Raucedine cronica

### Abbuffate

- Dilatazione gastrica acuta
- Anomalie mestruali
- Ipertrofia ghiandole salivari

### Abuso di lassativi

- Steatorrea
- Dita a bacchetta di tamburo
- Ritenzione idrica alla sospensione



## 2. *Bulimia Nervosa: sottotipi*

- **Con condotte di eliminazione:** nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.
- **Senza condotte di eliminazione:** nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.



### **3. *Disturbo da Alimentazione Incontrollata*** ***(Binge Eating Disorder)***

- A. Ricorrenti episodi caratterizzati da perdita di controllo alimentare. Un episodio è caratterizzato da entrambi i seguenti elementi:
1. mangiare in un limitato periodo di tempo (ad esempio due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
  2. sensazione di perdere il controllo sull'assunzione di cibo durante l'episodio (ad esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).



### **3. *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder)***

- B.** Gli episodi sono associati con tre (o più) dei seguenti elementi:
- mangiare molto più rapidamente del normale;
  - mangiare fino a che non ci si sente spiacevolmente pieni;
  - mangiare una quantità di cibo notevolmente maggiore rispetto alla sensazione fisica di fame;
  - mangiare da solo poiché ci si sente imbarazzati per come si sta mangiando;
  - sentirsi disgustati di se stessi, depressi o in colpa dopo aver mangiato.



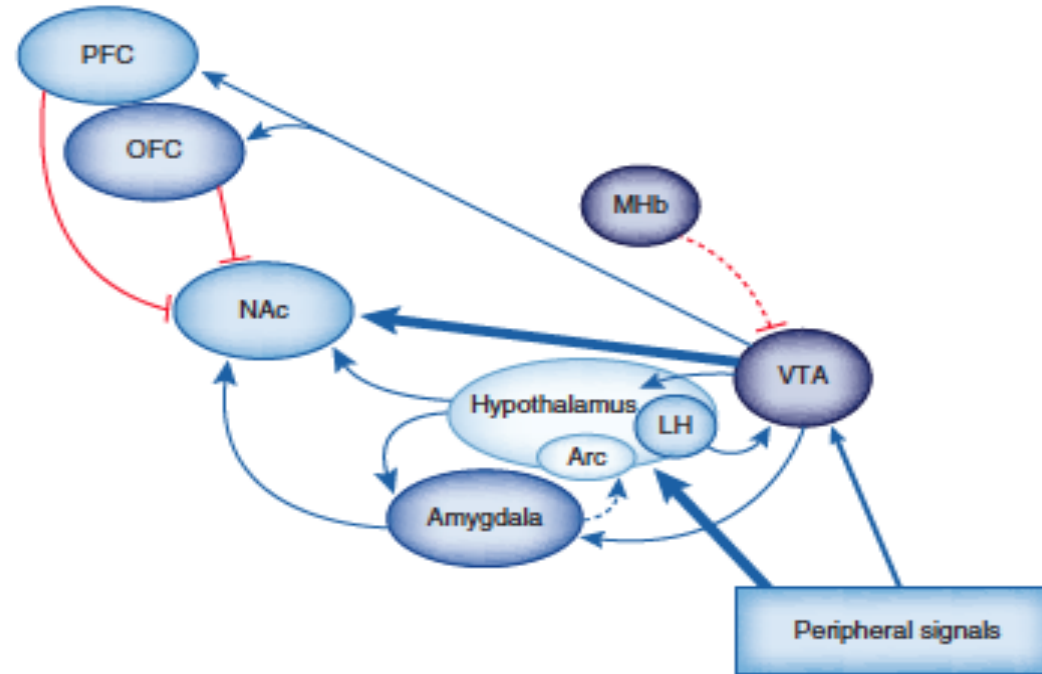
### **3. Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder)**

- C.** È presente marcato disagio riguardo al comportamento alimentare.
- D.** Almeno 1 episodio di abbuffata/settimana in un arco di 3 mesi (DSM-IV erano 2 per 6 mesi)
- E.** Il disturbo da alimentazione incontrollata non è associato con l'uso regolare di comportamenti compensatori inappropriati (vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici, clisteri e il digiuno)

Il n° di abbuffate previsto è lo stesso della bulimia, il BED si differenzia per l'assenza di condotte compensatorie.



### 3. *Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder)*



**Figure 1** Areas of the brain mediating food intake and drug seeking. Areas that are most critical for food intake are depicted in lighter shades and those areas most critical for drug reward and seeking are depicted in darker shades. Most areas have some influence on both food and drug intake, and the spectrum represents this overlap. The hypothalamus is critical for food intake and is modulated by the darker shaded areas. The VTA and NAc are critical for drug seeking and are modulated by many other brain areas. Inputs from cortex and amygdala provide control over both food- and drug-related behaviors. Arc, arcuate nucleus; LH, lateral hypothalamus; MHb, medial habenula. Red lines, inhibitory connections; dashed lines, indirect projections. Thicker lines indicate stronger connections.



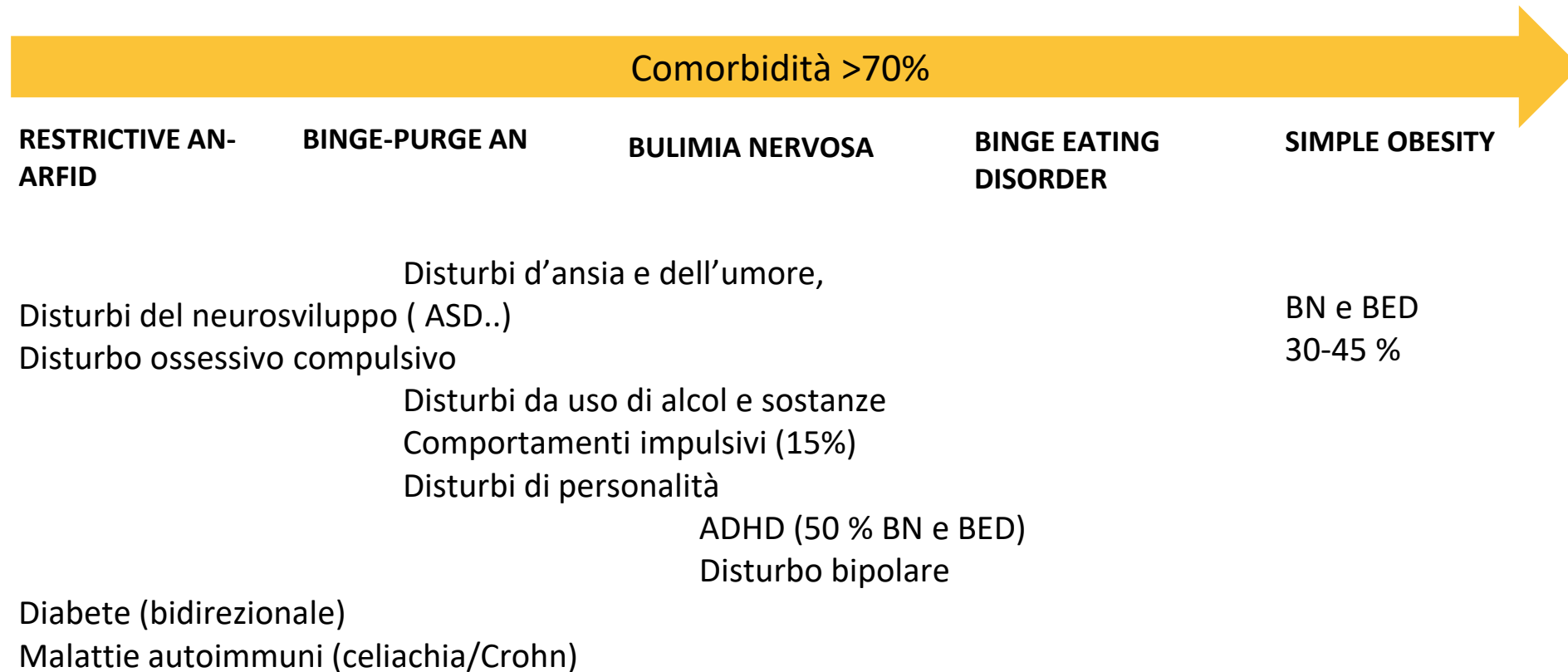
# Lo spettro dei Disturbi Alimentari




RESTRICTIVE AN-ARFID	BINGE-PURGE AN	BULIMIA NERVOSA	BINGE-EATING DISORDER	SIMPLE OBESITY
Puberty Early teens		Average Age of Onset late teens, 20s		20-40
2%		Lifetime Prevalence 2-3%		5-10%
9:1		Female: Male 9:1		3:1



# Lo spettro dei Disturbi Alimentari



# Lo spettro dei Disturbi Alimentari

DURATA MALATTIA NON TRATTATA (DUED) 

RESTRICTIVE AN-ARFID	BINGE-PURGE AN	BULIMIA NERVOSA	BINGE-EATING DISORDER	SIMPLE OBESITY
9 mesi bambini		53 mesi	43 mesi	???
34 mesi adulti				
29 mesi media				

- Si stima che solo il 20% della popolazione affetta acceda alle cure
- Un terzo dei pazienti presenta un disturbo persistente nel tempo > 10 aa
- La durata media della malattia anoressica è di circa 10 anni



Prevalenza femminile molto meno spiccata per disturbi da **alimentazione disregolata**, correlati ad obesità (30-45%) ed esordio più tardivo

Fattori di rischio meno correlati a sesso femminile:

- disponibilità di cibo,
- suscettibilità a disregolazione,
- comorbidità con ADHD,
- storia di bullying,
- diete per IMC più alti

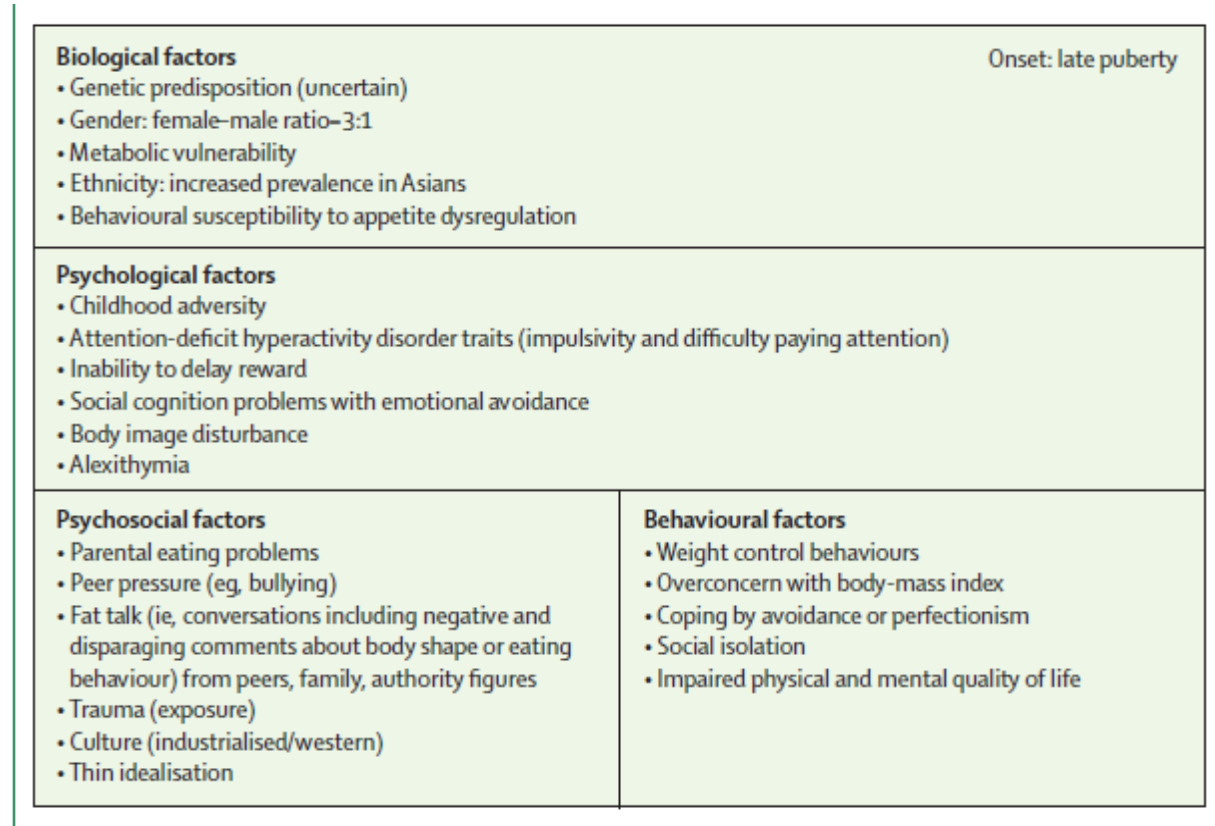
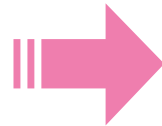


Figure 2: Aetiology diagram of bulimic spectrum eating disorders



I disturbi alimentari possono colpire individui di ogni età, genere, orientamento sessuale, popolazione ad ogni latitudine geografica.

Ma **prevalenza giovanile e femminile per disturbi restrittivi**

Alcuni fattori di rischio divengono anche **fattori di mantenimento**: tratti di rigidità, attenzione al dettaglio, disturbo dell'immagine corporea, riduzione delle abilità sociali, regressione asse ipotalamo-gonadi, isolamento ecc.

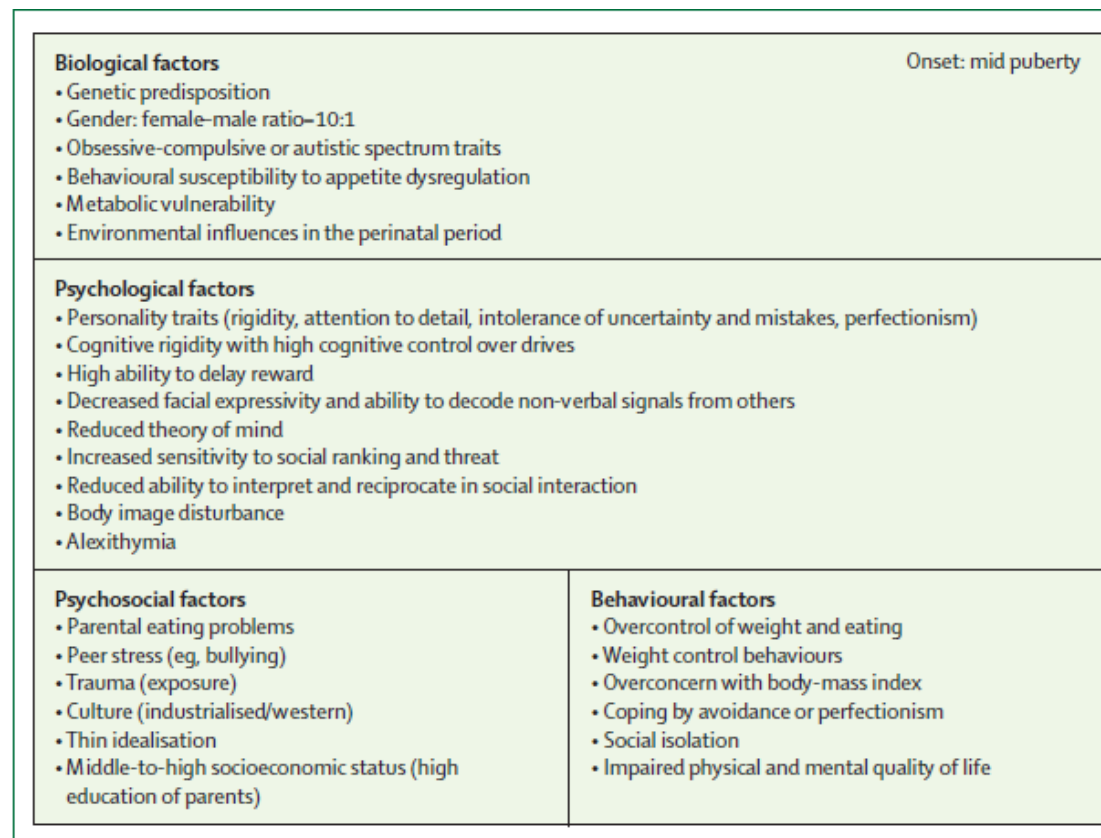
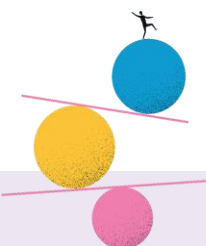


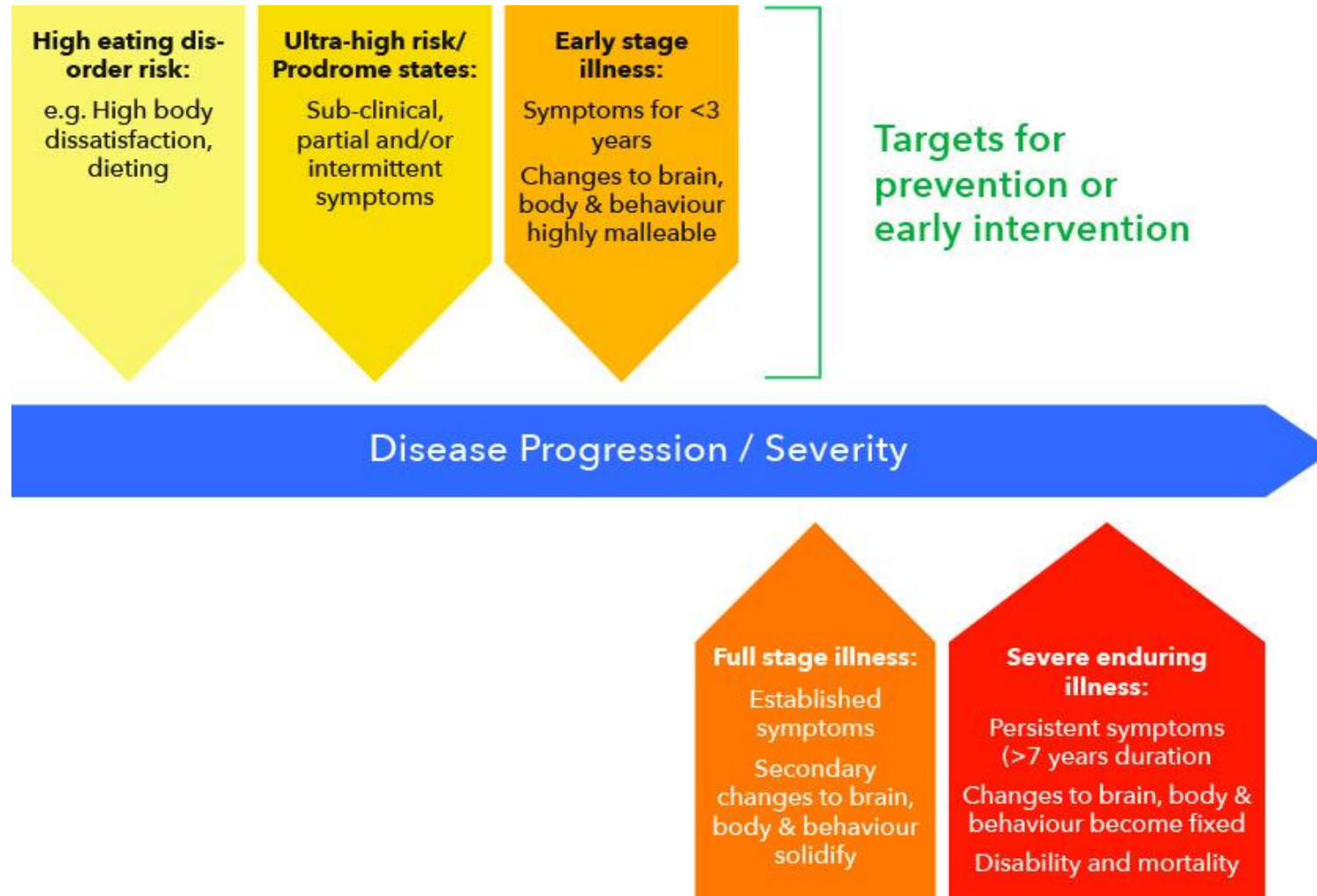
Figure 1: Aetiology diagram of restrictive-type eating disorders



# Stage model of illness

Janet Treasure, Daniel Willmott, Suman Ambwani, Valentina Cardi, Danielle Clark Bryan, Katie Rowlands and Ulrike Schmidt

I fattori di mantenimento biologici-psichici e sociali tendono a mantenere il DA e a farlo progredire verso la SEA



---

# The *Lancet* Commission on global mental health and sustainable development



*Vikram Patel\**, *Shekhar Saxena\**, *Crick Lund†*, *Graham Thornicroft†*, *Florence Baingana‡*, *Paul Bolton*, *Dan Chisholm*, *Pamela Y Collins*, *Janice L Cooper*, *Julian Eaton*, *Helen Herrman*, *Mohammad M Herzallah*, *Yueqin Huang*, *Mark J D Jordans*, *Arthur Kleinman*, *Maria Elena Medina-Mora*, *Ellen Morgan*, *Unaiza Niaz*, *Olayinka Omigbodun*, *Martin Prince*, *Atif Rahman*, *Benedetto Saraceno*, *Bidyut K Sarkar*, *Mary De Silva*, *Ilina Singh*, *Dan J Stein*, *Charlene Sunkel*, *Jürgen Unützer*



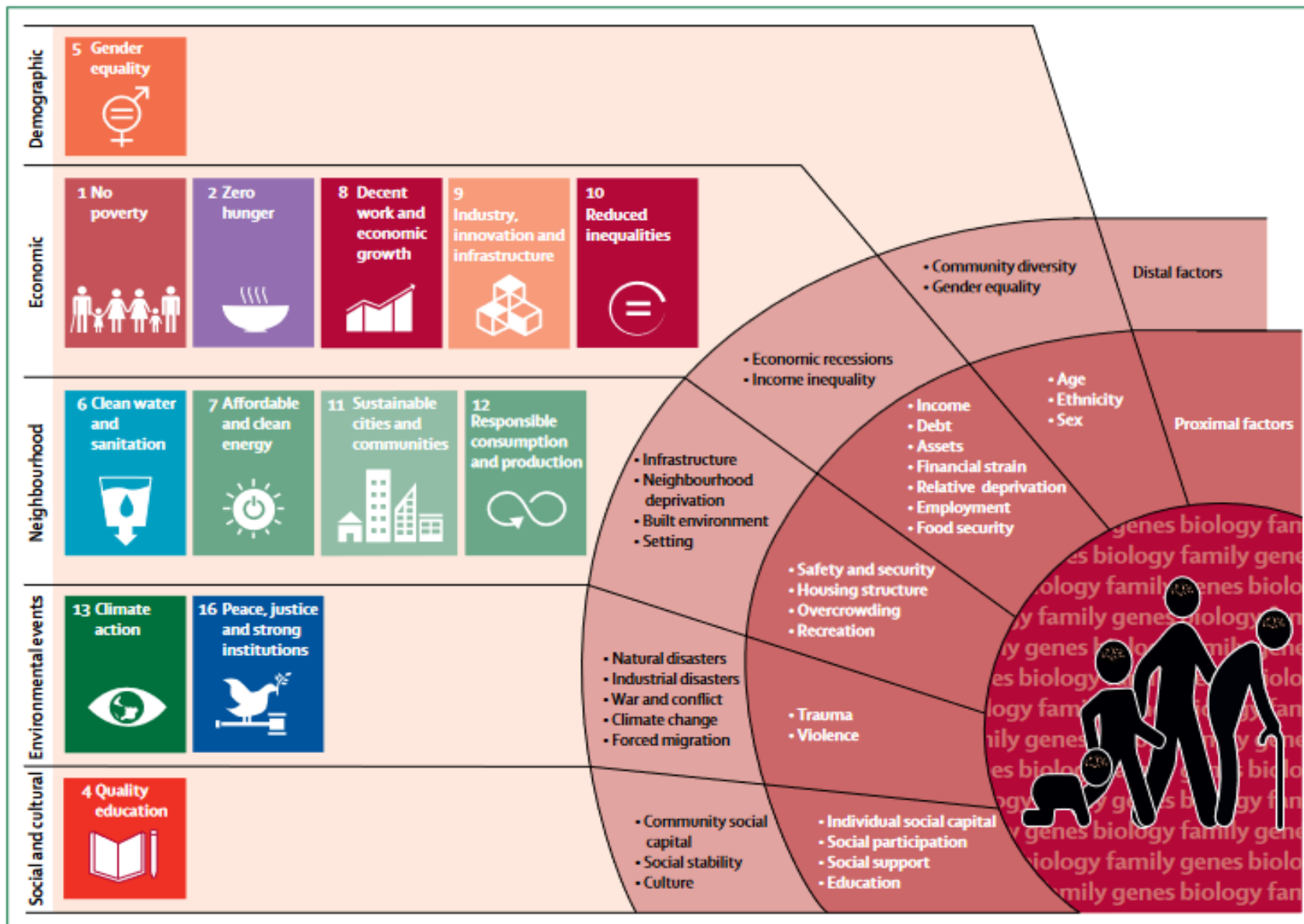
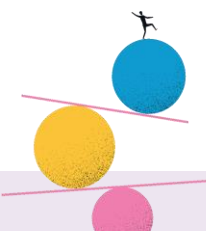


Figure 6: Social determinants of global mental health and the Sustainable Development Goals<sup>90</sup>



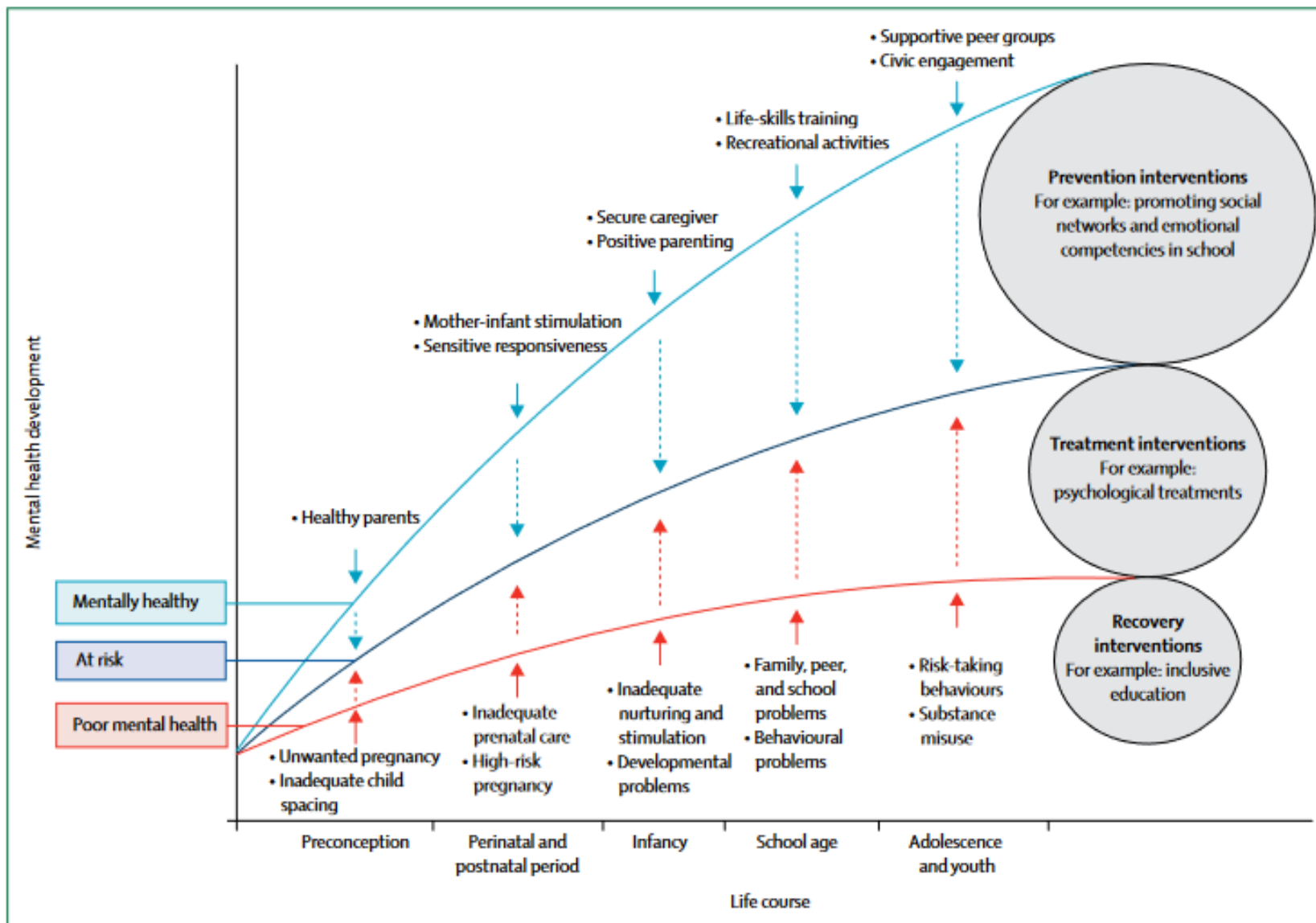


Figure 9: Protective factors and risk factors in the early life course



### Actions for protecting mental health

SDG 1: End poverty in all its forms everywhere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directing poverty alleviation interventions to people with mental disorders</li> <li>• Providing welfare payments (basic income grant) for people in extreme poverty</li> <li>• Providing financial protection to people and families with mental disorders</li> </ul>
SDG 2: End hunger, achieve food security and improved nutrition, and promote sustainable agriculture	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensuring adequate nutrition to all children and pregnant women for optimum brain development</li> <li>• Reducing prevalence of depression and anxiety through improved food security</li> </ul>
SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrating mental health promotion, prevention, and care across the life course within the context of national efforts to achieve universal health coverage</li> <li>• Shifting mental health care from institutions to community platforms</li> <li>• Developing and implementing a suicide prevention strategy</li> <li>• Decreasing harmful use of alcohol and psychoactive substances</li> <li>• Identifying and treating substance use disorders</li> </ul>
SDG 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providing early child stimulation and school readiness programmes</li> <li>• Integrating life skills in school curricula</li> <li>• Identifying and assisting education of children with developmental disabilities early</li> <li>• Tailoring education to the abilities and interests of children</li> <li>• Providing lifelong learning to people with mental disorders to assist recovery</li> <li>• Providing cognitive stimulation and learning to older adults to prevent and manage dementia</li> </ul>
SDG 5: Achieve gender equality and empower all women and girls	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventing violence against women and children</li> <li>• Ensuring that mental health services are gender-sensitive and specifically geared to address mental health problems in women, such as maternal depression and the consequences of violence</li> <li>• Increasing support for caregivers, who are more frequently women</li> </ul>
SDG 8: Promote sustained, inclusive, and sustainable economic growth, full and productive employment, and decent work for all	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementing mental health in the workplace programmes</li> <li>• Providing social and occupational interventions and support for people with mental disorders and their families</li> <li>• Assisting workforces affected by changing needs of industries, for example due to the growing role of technology</li> </ul>
SDG 10: Reduce inequality within and among countries	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providing welfare payments (basic income grant) for those in extreme poverty</li> <li>• Reducing stigma and discrimination for people and families with mental disorders</li> <li>• Promoting and increasing opportunities for social inclusion for people with mental disorders</li> </ul>
SDG 11: Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient, and sustainable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creating built environments that minimise the social determinants of poor mental health</li> <li>• Ensuring safe use of chemicals, including pesticides, to prevent neurotoxicity, self-harm, and suicides</li> </ul>
SDG 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrating psychosocial support in all humanitarian assistance related to natural disasters and other consequences of climate change</li> <li>• Adding the voice of the mental health community to highlight the importance of climate change action, because of its effect on mental health</li> </ul>
SDG 16: Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all, and build effective, accountable, and inclusive institutions at all levels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Developing and implementing progressive laws related to mental health and human rights</li> <li>• Preventing the incarceration of people with mental disorders in institutions (eg, prisons and institutions for the care of children)</li> <li>• Implementing mental health programmes in prisons</li> </ul>
SDG 17: Strengthen the means of implementation and revitalise the global partnership for sustainable development	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Showing the effect of mental health interventions on work in other sectors related to Sustainable Development Goals</li> <li>• Developing and sustaining a partnership to transform mental health globally</li> </ul>

**Table 1: Actions for protecting mental health and wellbeing for the relevant Sustainable Development Goals**



SDG 4: Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all

- Providing early child stimulation and school readiness programmes
- Integrating life skills in school curricula
- Identifying and assisting education of children with developmental disabilities early
- Tailoring education to the abilities and interests of children
- Providing lifelong learning to people with mental disorders to assist recovery
- Providing cognitive stimulation and learning to older adults to prevent and manage dementia

SDG 5: Achieve gender equality and empower all women and girls

- Preventing violence against women and children
- Ensuring that mental health services are gender-sensitive and specifically geared to address mental health problems in women, such as maternal depression and the consequences of violence
- Increasing support for caregivers, who are more frequently women



SDG 10: Reduce inequality within and among countries

- Providing welfare payments (basic income grant) for those in extreme poverty
- Reducing stigma and discrimination for people and families with mental disorders
- Promoting and increasing opportunities for social inclusion for people with mental disorders

SDG 11: Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient, and sustainable

- Creating built environments that minimise the social determinants of poor mental health
- Ensuring safe use of chemicals, including pesticides, to prevent neurotoxicity, self-harm, and suicides

SDG 13: Take urgent action to combat climate change and its impacts

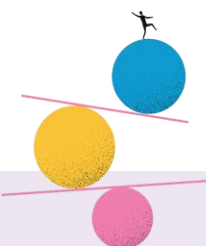
- Integrating psychosocial support in all humanitarian assistance related to natural disasters and other consequences of climate change
- Adding the voice of the mental health community to highlight the importance of climate change action, because of its effect on mental health

SDG 16: Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all, and build effective, accountable, and inclusive institutions at all levels

- Developing and implementing progressive laws related to mental health and human rights
- Preventing the incarceration of people with mental disorders in institutions (eg, prisons and institutions for the care of children)
- Implementing mental health programmes in prisons

SDG 17: Strengthen the means of implementation and revitalise the global partnership for sustainable development

- Showing the effect of mental health interventions on work in other sectors related to Sustainable Development Goals
- Developing and sustaining a partnership to transform mental health globally



# World mental health report

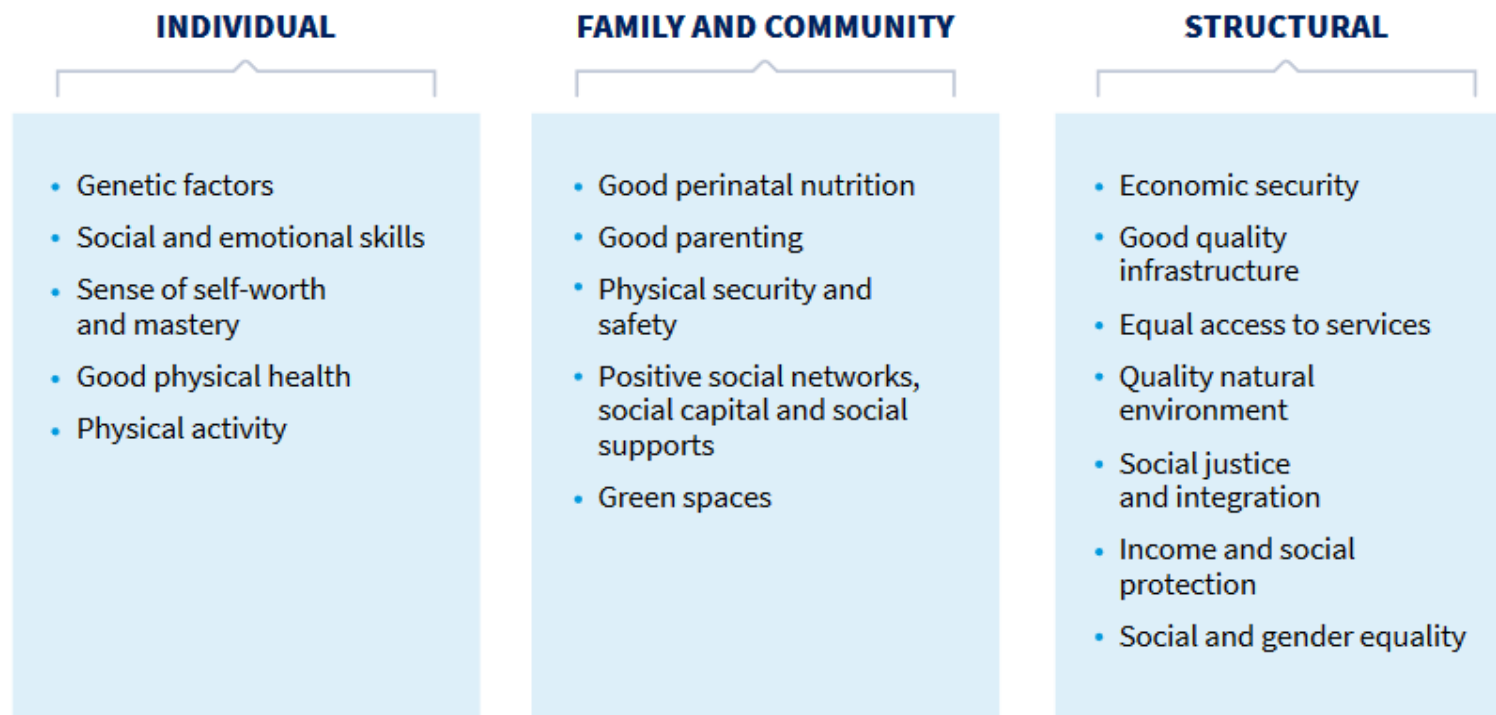
| Transforming mental  
| health for all

© World Health Organization 2022

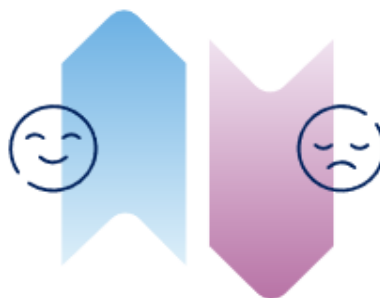


FIG. 2.4

## Examples of risks and protective factors that determine mental health



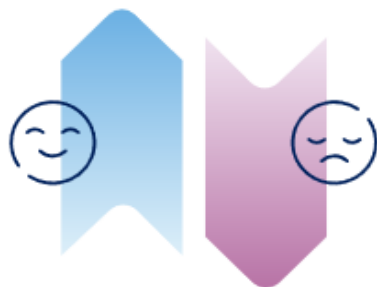
**PROTECTIVE FACTORS**  
Enhance mental health



**RISKS**  
Undermine mental health

## PROTECTIVE FACTORS

Enhance mental health



## RISKS

Undermine mental health

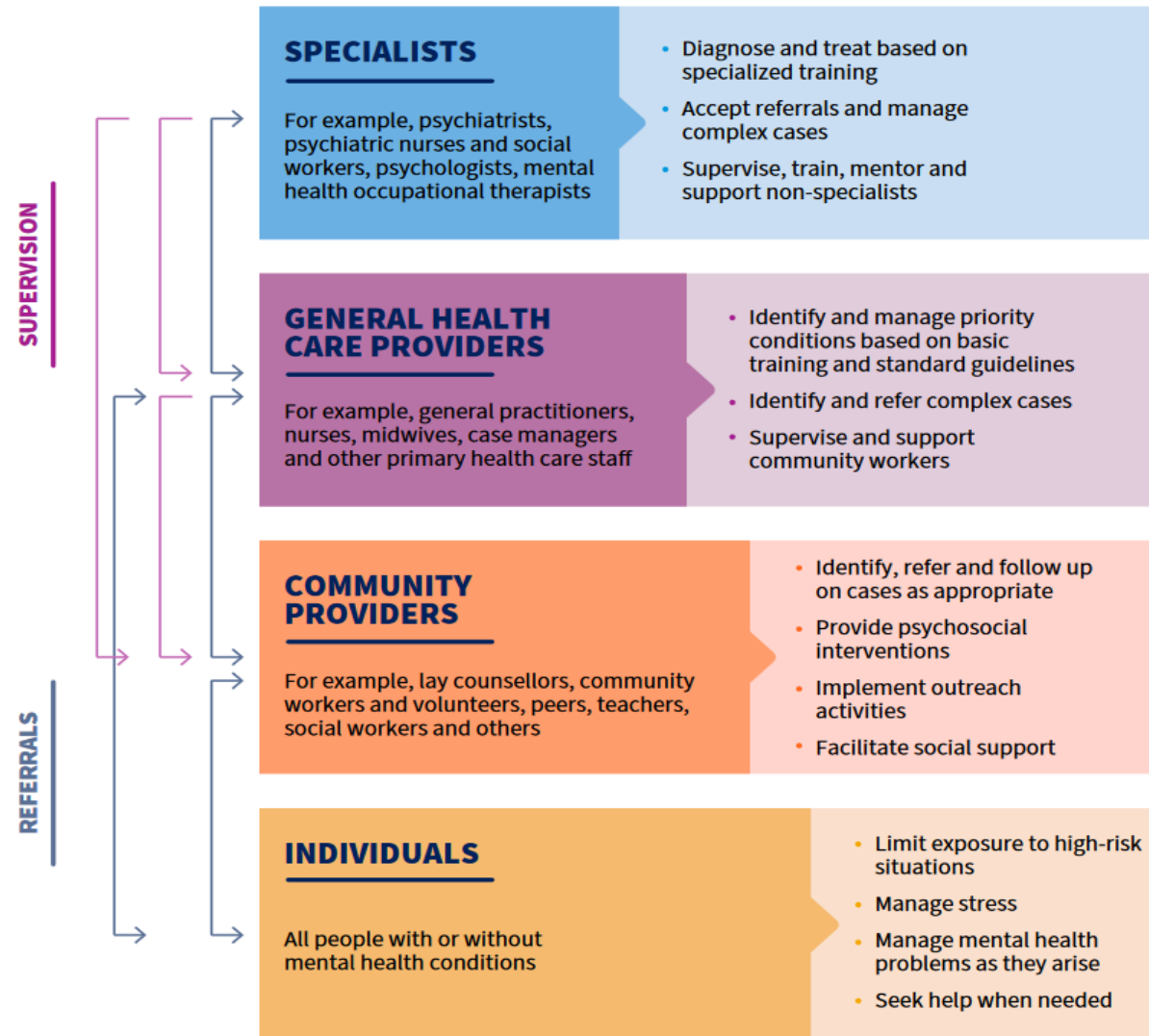
- Genetic factors
- Low education
- Alcohol and drug use
- Unhealthy diet
- Obesity and other metabolic risks
- Chronic disease
- Vitamin D deficiency
- Body dissatisfaction
- Sleep disturbances
- Obstetric complications at birth

- Sexual abuse and violence
- Emotional and physical abuse and neglect
- Substance use by mother during pregnancy
- Bullying
- Intimate partner violence
- Being a war veteran
- Sudden loss of a loved one
- Job strain
- Job loss and unemployment
- Urban living
- Being from an ethnic minority

- Climate crisis, pollution or environmental degradation
- Poor quality infrastructure
- Poor access to services
- Injustice, discrimination and social exclusion
- Social, economic and gender inequalities
- Conflict and forced displacement
- Health emergencies

Sources: WHO, 2012 (35); Arango et al, 2021 (36).

## Tiered care allocates different but complementary tasks to workers at different levels of the health system



## Examples of strategies and approaches that focus on strengthening social resources to promote and protect mental health

---

### Create protective learning environments

- Improve school culture and safety
  - Preschool education and enrichment programmes
  - Anti-bullying programmes
  - Anti-racism and anti-sexism programmes
  - Peer support groups and mentoring programmes within schools
  - Health literacy in mental health for teachers
-

# Fattori di rischio sociali aggiornati

ann. behav. med. (2020) 54:738–746  
DOI: 10.1093/abm/kaaa077

REGULAR ARTICLE

## Weight Stigma as a Predictor of Distress and Maladaptive Eating Behaviors During COVID-19: Longitudinal Findings From the EAT Study

Rebecca M. Puhl, PhD<sup>1,2</sup> · Leah M. Lessard, PhD<sup>2</sup> · Nicole Larson, PhD, MPH, RDN<sup>3</sup> · Marla E. Eisenberg, ScD, MPH<sup>4</sup> · Dianne Neumark-Stzainer PhD, MPH<sup>3</sup>

Published online: 10 September 2020  
© Society of Behavioral Medicine 2020. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.

Crescente consapevolezza le campagne di prevenzione per sovrappeso/ obesità e promozione degli stili di vita debbano essere indirizzate ai comuni fattori di rischio tra sovrappeso e disturbi alimentari



## COVID-19 and eating disorders in young people

Over the past year, child and adolescent eating disorder services of the UK National Health Service have seen almost a doubling in the number of both urgent and routine referrals.<sup>1</sup> Although these services managed to meet recommended waiting times initially, waiting lists are now starting to grow.

Much has been said about the drivers of this observed spike in referrals and hospital admissions.<sup>2</sup>

From social isolation to food insecurity, and from pressures to exercise and challenges to losing weight to loss of routines and disruptions in accessing face-to-face clinical services, it is difficult to think of a scenario that could have promoted so many risk factors for eating disorders at a societal level as much as the current situation. With a careful return to so-called normal life following the roll-out of vaccines,

[www.thelancet.com/child-adolescent](http://www.thelancet.com/child-adolescent) Vol 5 May 2021



# Fattori di rischio sociali-ambientali: uso problematico dei social media







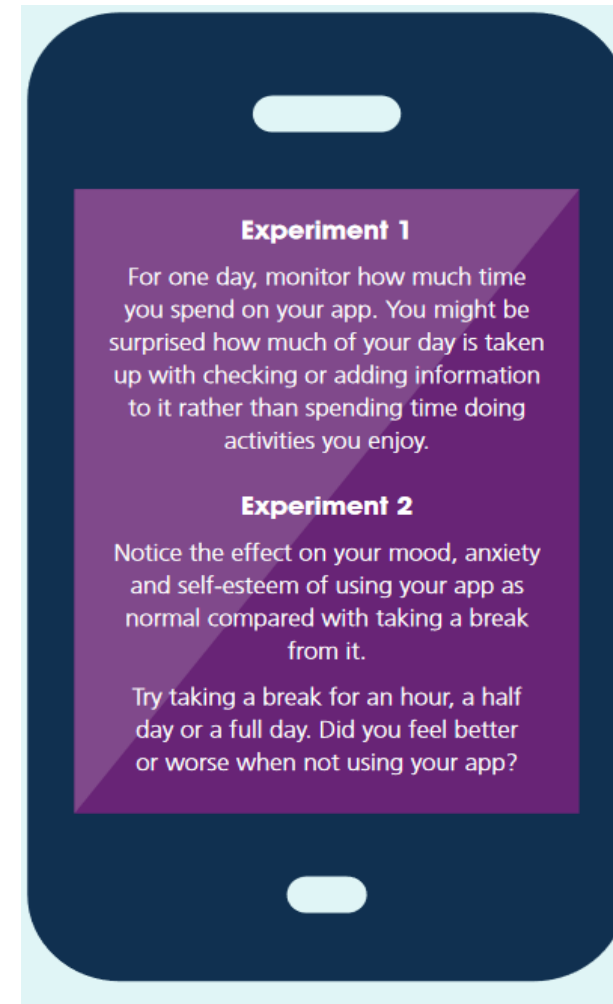
International Journal of  
*Environmental Research  
and Public Health*



Article

## Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis

Pilar Aparicio-Martinez <sup>1,2,3,\*</sup> , Alberto-Jesus Perea-Moreno <sup>4</sup> ,  
María Pilar Martínez-Jimenez <sup>4</sup> , María Dolores Redel-Macías <sup>5</sup>, Claudia Pagliari <sup>6</sup> and  
Manuel Vaquero-Abellan <sup>3</sup> 



# ***Fattori di rischio socio-ambientali: eccessiva omogeneità etnico-socio- culturale tra le adolescenti***

## **The influence of school on whether girls develop eating disorders**

**Helen Bould,<sup>1,2\*</sup> Bianca De Stavola,<sup>3</sup> Cecilia Magnusson,<sup>4</sup> Nadia Micali,<sup>5</sup>  
Henrik Dal,<sup>4</sup> Jonathan Evans,<sup>2</sup> Christina Dalman<sup>4</sup> and Glyn Lewis<sup>6</sup>**

### **Key Messages**

- Eating disorders are more common in some high schools than others.
- Variation in rates of eating disorders between high schools is not explained by any individual student characteristics that the current study was able to assess.
- On average a young woman, regardless of her own background, is more likely to develop an ED if she attends a school with a higher proportion of girls or a higher proportion of children of highly educated parents.

 JOURNAL OF  
EATING DISORDERS

 DEASCUOLA

**BULLONE**<sup>®</sup>  
Pensare. Fare. Far pensare.

Con il sostegno di:  
 Fondazione  
Guido  
Venosta



# Fattori di rischio socio-ambientali: minority stress e diseguaglianza nell'accesso al trattamento

I giovani con identità LGBTQIA+, con diversità culturale e di origini, coloro che abbiano alti BMI sono particolarmente a rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari, ma sono meno diagnosticati e trattati

DOI: 10.1002/eat.22846

ORIGINAL ARTICLE

International Journal of  
**EATING DISORDERS**

Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students

K. R. Sonnevile ScD, RD<sup>1</sup>  | S. K. Lipson PhD<sup>2</sup>

**HHS Public Access**  
Author manuscript  
*Curr Opin Psychiatry*. Author manuscript; available in PMC 2021 November 01.

Published in final edited form as:

*Curr Opin Psychiatry*. 2020 November ; 33(6): 562–567. doi:10.1097/YCO.0000000000000645.

## Emerging Trends in Eating Disorders among Sexual and Gender Minorities

Jason M. Nagata<sup>a</sup>, Kyle T. Ganson<sup>b</sup>, S. Bryn Austin<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Division of Adolescent and Young Adult Medicine, Department of Pediatrics, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA

<sup>b</sup>Factor-Inwentash Faculty of Social Work, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

<sup>c</sup>Division of Adolescent and Young Adult Medicine, Boston Children's Hospital, and Department of Social and Behavioral Sciences, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA



# Ethnic differences in eating disorder prevalence, risk factors, and predictive effects of risk factors among young women

Zhen Hadassah Cheng<sup>1</sup>, Victoria L. Perko<sup>2</sup>, Leada Fuller-Marashi<sup>3</sup>, Jeff M. Gau<sup>4</sup>, and Eric Stice<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Veterans Affairs Portland Health Care System, Portland, OR 97239

<sup>2</sup>University of Kansas, Department of Psychology, Lawrence, KS 66045

<sup>3</sup>Bradley Angle, Portland, OR 97217

<sup>4</sup>Oregon Research Institute, Eugene, OR 97403

## Effect Size Estimates (d) for the Mean Comparisons between Ethnic Groups

	W vs. HA	W vs. AA	W vs. AF	HA vs. AA	HA vs. AF	AA vs. AF
1. Thin ideal internalization	-0.19	<b>-0.44</b>	0.33	-0.22	0.45	<b>0.75</b>
2. Thinness expectancy	-0.10	0.01	0.31	0.11	0.38	0.28
3. Denial costs	-0.21	-0.12	-0.11	0.10	0.09	0.00
4. Body dissatisfaction	-0.20	-0.04	0.31	0.16	0.45	0.34
5. Healthy eating	0.16	0.06	0.25	-0.10	0.09	0.20
6. Dieting	-0.11	-0.12	-0.04	-0.01	0.07	0.08
7. Negative affect	-0.25	-0.03	-0.07	0.21	0.15	-0.04
8. Overeating	-0.11	-0.11	0.02	0.00	0.13	0.12
9. Fasting	-0.14	0.18	-0.20	0.32	-0.06	-0.41
10. Excessive exercise	-0.03	-0.10	-0.16	-0.07	-0.13	-0.06
11. Functional impairment	-0.13	0.15	0.07	0.31	0.21	-0.08
12. Mental health care use	0.24	0.21	0.07	-0.03	-0.19	-0.16
13. Body Mass Index	-0.21	0.29	-0.41	0.45	-0.15	<b>-0.65</b>

Notes. Bolded effect size comparisons are significantly different at a Bonferroni adjusted  $p < .0006$  based on analysis of variance models with post-hoc Tukey tests. W= White; HA= Hispanic American; AA= Asian American; AF= African American



## HHS Public Access

Author manuscript

Int J Eat Disord. Author manuscript; available in PMC 2021 October 01.

Published in final edited form as:

Int J Eat Disord. 2020 October ; 53(10): 1605–1609. doi:10.1002/eat.23371.

## Where Identities Converge: The Importance of Intersectionality in Eating Disorders Research

Natasha L. Burke<sup>1</sup>, Lauren M. Schaefer<sup>2</sup>, Vivienne M. Hazzard<sup>2</sup>, Rachel F. Rodgers<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Fordham University, 411 East Fordham Road, Dealy Hall, Bronx, NY 10458, USA

<sup>2</sup>Sanford Center for Bio-behavioral Research, 120 Eighth Street South, Fargo, ND 58103, USA

<sup>3</sup>Department of Applied Psychology, Northeastern University, 360 Huntington Avenue, Boston, MA 02115, USA

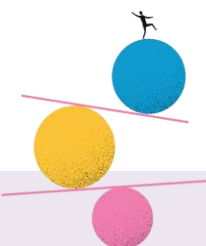
<sup>4</sup>Department of Psychiatric Emergency & Acute Care, Lapeyronie Hospital, CHRU Montpellier, France

L'internalizzazione dell'ideale di magrezza è un fattore di rischio condiviso.

Nei giovani migranti o di seconda generazione si accompagna a “stress acculturativo”.

In alcuni gruppi (donne di origine africana) non è fattore di rischio condiviso, può costituire quindi fattore protettivo importante per politiche di prevenzione.

Approccio intersezionale alla comprensione e terapia dei disturbi alimentari.



# Fattori di rischio socio-ambientali: minority stress e diseguaglianza nell'accesso al trattamento

Disparità di accesso ai servizi per la cura dei DNA in contesto UK ed USA.

Disparità per orientamento sessuale e per origine geografico-culturale.

Rischio stigma anche per popolazione di donne in cerca di o in gravidanza.

## REGULAR ARTICLE

### Ethnic Origins of Patients Attending Specialist Eating Disorders Services in a Multiethnic Urban Catchment Area in the United Kingdom

Glenn Waller, DPhil<sup>1,2\*</sup>  
Ulrike Schmidt, MD, PhD<sup>1</sup>  
Janet Treasure, MD, PhD<sup>1</sup>  
Francesca Emanuelli, ClinPsyD<sup>3</sup>  
Joana Alenya, BSc<sup>1</sup>  
Jo Crockett, DClinPsy<sup>4</sup>  
Katie Murray, DClinPsy<sup>1</sup>

#### ABSTRACT

**Objective:** This study considered the impact of ethnicity on the referral process for patients with eating disorders, at the levels of referral rate, diagnosis, and treatment offered.

**Method:** A catchment area cohort of 648 patients was referred and assessed at specialist eating disorders services in a multiethnic urban area (all boroughs in South London, UK). Each patient was diagnosed and offered treatment (or an alternative appropriate end-point to the referral), and self-identified their ethnicity. For comparison purposes, the local ethnic minority population was taken from census data.

**Results:** Ethnic minority patients were substantially less likely to be referred to the services than white patients, relative to

the local population. The ethnic minority group were more likely to suffer from bulimia nervosa, and less likely to be found to have no eating disorder. However, the treatments offered did not differ substantially across the ethnic groups.

**Discussion:** Referrals to specialist eating disorder services do not reflect local populations' ethnic composition, though this disparity seems to be less by the time that the patient is offered treatment. It will be important to determine the source of these ethnic differences, and to take steps to reduce them. © 2008 by Wiley Periodicals, Inc.

**Keywords:** eating disorder; ethnicity; referral; diagnosis

(*Int J Eat Disord* 2009; 42:459–463)

DOI: 10.1002/eat.22846

## ORIGINAL ARTICLE

### Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students

K. R. Sonnevile ScD, RD<sup>1</sup> | S. K. Lipson PhD<sup>2</sup>

International Journal of  
**EATING DISORDERS**



# *Riduzione fattori di rischio*

- Promozione valorizzazione eterogeneità socio culturale
- Promozione clima di rispetto della diversità
- Politiche di salute pubblica
- Iniziative di prevenzione (*Pratt BM, Woolfenden S The cochrane collaboration, 2009*)
- Iniziative specifiche (promozione sana attività fisica, disconnessione dai social, riduzione fattori stressanti)



# *Tempestività ed appropriatezza delle cure*

Le linee guida (APA; NICE) enfatizzano l'importanza di un approccio multidisciplinare integrato che includa competenze mediche, nutrizionali, psichiatriche e psicologiche.

Livello di cure adeguato alla gravità:

- Ambulatorio
- Ambulatorio intensivo
- Day hospital
- Residenzialità
- Ricovero

**MILANO**  
**4MENTAL**  
**HEALTH**



# Grazie!

# Spazio alle domande



# I prossimi appuntamenti

<https://formazione.deascuola.it/allenarsi-alla-vita/>

Webinar

ALLENARSI ALLA VITA

**I B.Liver entrano in classe e si raccontano**

05 Dicembre 2024, 11:00



Webinar

ALLENARSI ALLA VITA

**Vedere, toccare e trasformare le Cicatrici**

13 Febbraio 2025, 17:00

con: Paola Missana

