



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

**Barriere alla ricerca di trattamento psicologico in individui  
con sintomi di Disturbi dell'Alimentazione**

Barriers towards seeking psychological treatment among  
individuals with Eating Disorders symptoms

***Relatrice:* Prof.ssa Silvia Cerea**

***Correlatore esterno:* Prof. Ata Ghaderi**

***Laureanda:* Martina Scaltritti**

***Matricola:* 2048513**

Anno Accademico 2022-2023

# INDICE

INTRODUZIONE .....	3
CAPITOLO 1	
I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE .....	6
1.1 Classificazione diagnostica e diagnosi differenziale .....	6
1.1.1 Anoressia Nervosa .....	6
1.1.2 Bulimia Nervosa.....	9
1.1.3 <i>Binge Eating Disorder</i> .....	11
1.2 Eziopatogenesi .....	14
1.2.1 Fattori di rischio biologici .....	15
1.2.2 Fattori di rischio psicologici e sociali .....	17
1.3 Epidemiologia e prognosi .....	22
CAPITOLO 2	
I PRINCIPALI TRATTAMENTI PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE.....	26
2.1 Interventi psicoterapeutici.....	26
2.1.1 Terapia Cognitivo Comportamentale .....	26
2.1.2 Terapia Familiare .....	30
2.1.3 <i>Maudsley Model of Anorexia Nervosa (MANTRA) e Specialist             Supportive Clinical Management (SSCM)</i> .....	33
2.2 Interventi di Psicoeducazione .....	37
CAPITOLO 3	
BARRIERE AL TRATTAMENTO PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E POTENZIALI SOLUZIONI .....	40
3.1 Il <i>Research-Practice gap</i> .....	40
3.1.1 Fattori attitudinali.....	41
3.1.2 Fattori cognitivi.....	42
3.2 Soluzioni al <i>Research-Practice gap</i> .....	44
3.3 Principali barriere al trattamento .....	46
3.3.1 Barriere psicologiche .....	48
3.3.2 Barriere sociali .....	50

3.3.3 Barriere pratiche.....	52
3.4 Potenziali soluzioni.....	53
3.4.1 Innovazione digitale.....	54
3.4.2 <i>Task shifting</i> .....	55
CAPITOLO 4	
RICERCA.....	57
4.1 Obiettivi.....	57
4.2 Metodo.....	60
4.2.1 Partecipanti.....	60
4.2.2 Procedura.....	62
4.2.3 Strumenti.....	66
4.3 Analisi dati.....	72
4.4 Risultati.....	74
4.4.1 Attitudini alla ricerca di trattamento psicologico.....	74
4.4.2 Barriere alla ricerca di intervento psicologico.....	77
4.5 Conclusioni.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	87

## INTRODUZIONE

Gli *Eating Disorders* (EDs) rappresentano una categoria diagnostica che interessa circa 14 milioni di individui (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2022), caratterizzata frequentemente da gravità elevata e tendenza alla cronicizzazione (Taquet et al., 2021). Per questi disturbi sono stati elaborate diverse modalità di intervento al fine di migliorare la qualità di vita dei/delle pazienti. Nonostante questo, si assiste a un incremento esponenziale dell'incidenza di questi disturbi e degli accessi ospedalieri in condizioni di emergenza, spesso da parte di pazienti in cui la patologia viene ignorata e non trattata per un tempo prolungato (Taquet et al., 2021). La tendenza a non ricercare un trattamento per la propria condizione viene indicata con il termine “*treatment gap*” e risulta essere particolarmente presente nei pazienti con EDs. La mancata ricerca, e il ritardo nell'erogazione, di un intervento adeguato si associano con una prognosi negativa e con un tasso di mortalità che risulta essere tra le 10 e le 12 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Hart et al., 2011). La comprensione del *treatment gap* diviene, di conseguenza, una priorità, al fine di favorire una maggiore ricerca di intervento; obiettivo di questa ricerca è di conseguenza la comprensione dei fattori che possono essere percepiti dagli individui come barriere alla ricerca di trattamento psicologico, indagando, inoltre, le eventuali differenze nei livelli di attitudine a ricercare aiuto psicologico sulla base dei fattori psicologici, sociali e/o demografici che caratterizzano i pazienti.

Nel primo capitolo di questa trattazione verranno presentate le caratteristiche chiave dei principali EDs, riportando i criteri che, secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), devono essere soddisfatti per poter porre tale diagnosi. In aggiunta, verranno delineate le ipotesi di eziopatogenesi per ciascun disturbo, fornendo successivamente informazioni in merito alla loro epidemiologia e prognosi.

Il secondo capitolo conterrà i principali trattamenti psicoterapeutici *evidence-based* elaborati per il trattamento degli EDs, riportando le modalità di erogazione di ciascuno di questi, nonché informazioni in merito alla loro efficacia durante la fase di trattamento e nei successivi *follow up*. In aggiunta, verranno presentati gli interventi di psicoeducazione che è possibile effettuare, sia a scopo preventivo in popolazioni a rischio o per evitare un eventuale ricaduta futura, ma anche a sostegno ed educazione dei *caregiver*.

All'interno del terzo capitolo, dopo un iniziale presentazione del “*research-practice gap*” e delle sue potenziali soluzioni, verrà introdotto l'oggetto di questo progetto di ricerca: il *treatment gap*. Verranno indagati i principali fattori individuati dalla letteratura come alla base di questo fenomeno, distinguendo barriere di natura psicologica, sociale e pratica, approfondendo gli eventuali interventi che è possibile realizzare per superare ciascuna di queste barriere. Le informazioni riportate all'interno di questo capitolo rappresenteranno il punto di partenza e il mezzo di paragone con cui confrontare i risultati che otterremo dalla nostra sperimentazione.

La ricerca verrà presentata nel quarto capitolo; consisterà nella diffusione di un questionario *self-report* tradotto dalla lingua inglese a quella italiana, e indagante la sintomatologia alimentare potenzialmente presente negli individui, l'eventuale grado di alterazione del funzionamento, la percezione di stigma sociale, le attitudini e la percezione di barriere alla ricerca di trattamento psicologico. I risultati verranno analizzati ponendo a confronto un gruppo clinico e uno subclinico, distinti sulla base dei risultati ottenuti all'*Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q, Fairburn et al., 2008). I risultati della presente ricerca rappresenteranno la prima risorsa italiana in merito a questo argomento, fondamentale per l'elaborazione di interventi preventivi focalizzati al superamento delle singole barriere e determinanti una maggiore ricerca e richiesta di

intervento psicologico negli individui che presentano sintomatologia associata agli EDs. Nella parte conclusiva di questo quarto capitolo, saranno inoltre evidenziati i limiti di questa ricerca e le prospettive future.

## CAPITOLO 1

### I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

#### *1.1 Classificazione diagnostica e diagnosi differenziale*

I Disturbi dell'Alimentazione (*Feeding and Eating Disorders*, FEDs) sono disturbi psicologici che rientrano nella categoria diagnostica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) pubblicato dall'*American Psychiatric Association* (APA) nel 2013 nella sua quinta edizione (DSM-5) e l'*International Classification of Diseases* pubblicato dalla *World Health Organisation* (WHO) nel 2019 nella sua undicesima edizione (ICD-11). Questa categoria diagnostica comprende, nello specifico, Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Disturbo da Alimentazione Incontrollata (anche noto come *Binge Eating Disorder*, BED), Pica, Disturbo da Ruminazione, Disturbo Evitante dell'Assunzione di Cibo, Disturbo della Nutrizione o dell'Alimentazione con altra specificazione o senza altra specificazione. In questo elaborato ci soffermeremo sui Disturbi dell'Alimentazione (*Eating Disorders*, EDs), ovvero AN, BN e BED; in questi disturbi è possibile riscontrare alcune caratteristiche chiave quali comportamenti alimentari disfunzionali associati a un controllo ossessivo del peso e della propria forma corporea e una preoccupazione eccessiva verso questi due elementi (su cui si incentra la valutazione che l'individuo ha di sé stesso/a; Treasure et al., 2020).

#### *1.1.1 Anoressia Nervosa*

L'AN è un disturbo mentale particolarmente grave che si riscontra in individui di qualsiasi età, sesso, orientamento sessuale e origine etnica, nonostante sia possibile individuare alcune popolazioni particolarmente a rischio quali individui, soprattutto femmine, in età adolescenziale (tra i 15 e i 19 anni; Zipfel et al., 2015). Le persone con questa patologia presentano una paura elevata verso la possibilità di aumentare di peso e mettono in atto

conseguenti comportamenti di controllo dell'alimentazione e dell'esercizio fisico al fine di evitare tale incremento ponderale; questo timore trova le sue basi in una distorsione della percezione delle proprie forme corporee e del proprio peso, spesso presente in misura rilevante in questo disturbo, convinzione associata all'egosintonicità dei sintomi, i quali non vengono adeguatamente percepiti dall'individuo che, al contrario, spesso nega le condizioni di sottopeso, talvolta estreme, in cui si trova.

Per poter porre una diagnosi di AN il DSM-5 (APA, 2013) richiede la presenza di:

A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso.

Oltre a questi criteri, necessari per porre una diagnosi, nel DSM-5 (APA, 2013) sono presenti alcuni specificatori relativi alla tipologia specifica di AN, nonché allo stato di remissione del paziente e alla gravità della condizione; l'AN viene infatti classificata in due sottotipi differenti:

– AN di tipo restrittivo, nel caso in cui negli ultimi tre mesi la persona abbia unicamente messo in atto restrizione dell'introito calorico tramite diete, digiuno o attività fisica eccessiva.

– AN di tipo bulimico/purgativo, nel caso in cui negli ultimi tre mesi si siano verificati episodi ricorrenti di abbuffate compulsive seguiti da comportamenti compensativi (quali vomito autoindotto, utilizzo di lassativi/diuretici). Questa tipologia di AN viene riscontrata nel 30-50% dei pazienti e rappresenta un sottotipo caratterizzato da una prognosi peggiore e da una maggiore gravità dei sintomi, anche a causa delle conseguenze dei comportamenti di compensazione messi in atto (Oliosì & Dalle Grave, 2003).

Il paziente può trovarsi in uno stato di remissione parziale nel caso in cui tutti i criteri per la diagnosi di AN siano stati soddisfatti in passato ma il criterio A (basso peso corporeo) non si è mantenuto nel tempo, mentre o il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) o il criterio C (disturbi nella percezione del peso e delle forme del proprio corpo) è ancora soddisfatto; oppure è possibile riscontrare una remissione totale, nel caso in cui tutti i criteri sopracitati siano stati soddisfatti in precedenza ma non lo sono più attualmente (APA, 2013).

Circa la specificazione della gravità del quadro sintomatologico, questa viene effettuata sulla base dell'indice di massa corporea (*Body Mass Index*, BMI) o del suo percentile nel caso di bambini o adolescenti (WHO, 2019); la classificazione prevede una condizione di AN lieve per BMI  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>, moderata per BMI di 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>, grave per BMI di 15-15,99 kg/m<sup>2</sup> ed estrema per BMI  $< 15$  kg/m<sup>2</sup>.

L'elevata egosintonicità dei sintomi rappresenta una delle cause più rilevanti della riduzione della qualità di vita e della salute fisica e mentale delle persone con AN, non portando la persona a ricercare aiuto e a trattare la propria situazione (Treasure et Al., 2020); nel momento in cui la persona richiede il sostegno necessario, diviene fondamentale eseguire fin da subito una buona diagnosi differenziale, al fine di escludere la presenza di disturbi psichiatrici o organici implicanti alterazioni delle condotte

alimentari e variazioni del peso corporeo.

Tra questi disturbi ritroviamo il Disturbo Depressivo Maggiore e la Schizofrenia; in entrambe queste patologie, infatti, possiamo rintracciare un'alterazione delle condotte alimentari; nel primo caso, però, l'individuo spesso non ha la forza per alimentarsi e/o non ritiene di meritare gli alimenti, nel disturbo schizofrenico, invece, frequentemente gli individui attuano questi comportamenti alimentari disfunzionali seguendo sintomi psicotici quali allucinazioni e deliri (Treasure et al., 2020). È importante distinguere anche patologie mediche specifiche quali diabete, celiachia e neoplasie, tutte condizioni in cui è possibile rilevare una riduzione del peso corporeo del paziente ma che, a differenza dell'AN, non presentano l'elevata paura verso l'aumento di peso, nonché l'alterazione della percezione delle proprie forme corporee e del proprio peso, sintomi necessari per la diagnosi di AN (Treasure et al., 2020; Crisp, 1977).

### *1.1.2 Bulimia Nervosa*

La BN è caratterizzata dalla presenza di abbuffate e comportamenti di compensazione (quali vomito autoindotto, utilizzo di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccessivo), guidati da un'insoddisfazione verso la propria forma e il proprio peso corporeo (Castillo & Weiselberg, 2017).

Abbuffata oggettiva è un termine che viene riferito all'assunzione di quantità elevate di cibo (tendenzialmente altamente calorico) superiori a quelle ingerite nel medesimo intervallo temporale, tipicamente di due ore, da membri appartenenti ad analogo contesto culturale (Castillo & Weiselberg, 2017). L'abbuffata può essere anche di natura soggettiva, caratterizzata in questo caso dalla presenza della sensazione di aver assunto grandi quantità di cibo e di aver perso il controllo sulla propria condotta alimentare nonostante, nella realtà dei fatti, le dosi di cibo ingerite siano nella norma; questa tipologia di abbuffata è spesso legata alla rottura di diete e regole di comportamento alimentare

molto rigide e restrittive auto-imposte dalla persona stessa (Brownstone & Bardone-Cone, 2020). Le abbuffate tendono a essere episodiche, sono spesso innescate da *stressor* psicosociali, e avvengono in contesti tra di loro differenti anche numerose volte durante la giornata; non è insolito, inoltre, che il paziente cerchi di nascondere queste condotte a causa della vergogna associata. Nell'intervallo di tempo immediatamente conseguente all'abbuffata, gli individui tendono a sperimentare un senso di soddisfazione e sollievo; queste sensazioni, tuttavia, risultano essere solo temporanee, sostituendosi con senso di colpa e deflessione dell'umore. Queste emozioni negative sperimentate dal paziente sono uno dei potenziali *trigger* dei comportamenti di compensazione messi in atto a seguito delle abbuffate. (Castillo & Weiselberg, 2017).

Di frequente gli individui con BN, a differenza di coloro che risultano essere affetti da AN, si trovano in una condizione di normopeso o, in alcuni rari casi di sovrappeso. E' inoltre importante sottolineare che si attesta un tasso di migrazione tra AN e BN pari al 40-50%, elemento che aggrava in maniera significativa la prognosi del paziente.

Per poter effettuare una diagnosi di BN, il DSM-5 riporta alcuni criteri diagnostici che devono essere necessariamente soddisfatti (APA, 2013):

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

- mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (per esempio entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili.
- un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (come sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto; abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o altri medicinali; digiuni; o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.

D. La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo.

E. Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di AN.

Anche nella classificazione della BN è possibile rintracciare la presenza di specificatori riguardanti il grado di gravità del disturbo, stimata sulla base della frequenza media dei comportamenti di compensazione messi in atto. Riscontriamo una patologia lieve nel caso della presenza di 1-3 episodi di comportamenti di compensazione a settimana, moderata quando questi episodi sono compresi tra 4 e 7 a settimana, grave se sono compresi tra 8 e 13, ed estrema se riscontriamo un numero pari o superiore a 14 episodi a settimana (APA, 2013).

Un'ulteriore specificazione riguarda l'eventuale stato di remissione del paziente, al pari di quanto riscontrato nell'AN. Anche in questo caso, parleremo di remissione parziale nel caso in cui tutti i criteri per la diagnosi di BN sono stati soddisfatti in precedenza e alcuni, ma non tutti, si sono mantenuti nel tempo; ci troveremo di fronte a un caso di remissione totale, invece, nel caso in cui tutti i criteri per la diagnosi di BN siano stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da diverso tempo (APA, 2013).

### *1.1.3 Disturbo da Alimentazione Incontrollata*

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, più frequentemente indicato con la traduzione inglese di *Binge Eating Disorder* (BED), appartiene ai Disturbi dell'Alimentazione e, al

pari di AN e BN, riscontriamo anche in questa patologia la presenza di una marcata insoddisfazione nei confronti del proprio peso corporeo e della propria forma corporea; in questi pazienti ritroviamo alcuni aspetti presenti anche negli individui affetti da BN, quale la messa in atto di comportamenti di abbuffata che, però, non sono in questo disturbo seguiti da condotte di compensazione, motivo per cui la maggior parte di questi pazienti si trovano in una condizione di sovrappeso (Hilbert, 2019).

I criteri diagnostici che riscontriamo nel DSM-5 (APA, 2013) per poter porre tale diagnosi sono:

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

- mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (per esempio entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili.
- un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (come sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale.
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
- mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
- sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

C. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo

D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.

E. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di AN o di BN.

La gravità del disturbo viene valutata sulla base della frequenza media dei comportamenti di *binge eating*; questo specificatore, anche in questo caso, può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di compromissione funzionale. L'individuo verrà valutato come avente un disturbo lieve nel caso di un numero di episodi a settimana compreso tra 1 e 3, un disturbo moderato se gli episodi variano tra 4 e 7, grave tra 8 e 13 ed estremo se il numero di episodi risulta essere pari o superiore a 14 a settimana (APA, 2013).

Un'ulteriore specificazione, come negli EDs descritti nei paragrafi precedenti, riguarda lo stato di remissione, il quale può essere parziale nel caso in cui i criteri per la diagnosi di BED siano stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è diminuita da tempo al di sotto di un episodio a settimana, o totale se tutti i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo (APA, 2013).

Nonostante non vengano messe in atto condotte di compensazione ed esercizio fisico compulsivo per controllare il proprio peso corporeo, è presente anche in questi individui insoddisfazione per le proprie forme e/o il proprio peso corporeo (Dingemans & Bruna, 2002). Spesso in questi pazienti si riscontra il comportamento di *emotional eating*, un fenomeno caratterizzato dal fatto che i comportamenti alimentari sono influenzati da emozioni sperimentate dall'individuo; l'alimentazione è quindi condizionata non tanto da un effettivo bisogno calorico ma dalle emozioni che l'individuo sta provando e dal fatto

che ricerca una fonte di sollievo dalle stesse; in questi pazienti si riscontra un desiderio elevato di cibo, spesso comparato al *craving* sperimentato da individui dipendenti da una sostanza di abuso, nonché un maggiore utilizzo delle pratiche alimentari disfunzionali come strategie di *coping* per far fronte a situazioni valutate e percepite come stressanti (Hilbert, 2019).

Anche in questi individui, come nei pazienti affetti da AN e BN, riscontriamo una riduzione della qualità di vita e del funzionamento quotidiano, soprattutto a livello sociale, con una richiesta e un utilizzo significativamente maggiore dei sistemi sanitari (Hilbert, 2019).

### *1.2 Eziopatogenesi*

I fattori annoverati negli studi sull'eziopatogenesi degli EDs sono eterogenei e prevedono la presenza di un'influenza reciproca tra gli stessi; numerosi autori hanno cercato di delineare un modello esaustivo che potesse spiegare le basi di questi disturbi, arrivando a conclusioni differenti ma non necessariamente autoescludenti (Stice et al., 2016).

Il modello biopsicosociale sottolinea la presenza di diversi elementi di natura biologica, quali specifiche alterazioni neurotrasmettitoriali, genetiche e anomalie cerebrali, fattori di natura psicologica e sociale, quali ideali estetici di bellezza culturalmente condivisi, pressioni sociali e familiari e caratteristiche di personalità, tutti elementi rilevanti nella genesi di questi disturbi e aventi un'interrelazione reciproca tra loro (Schlundt e Johnson, 1990).

Il modello transdiagnostico degli EDs (Fairburn & Cooper, 2003) ha individuato alcuni fattori che, interagendo con le caratteristiche principali di tali disturbi, rappresenterebbero fattori di mantenimento della patologia stessa; tra questi elementi si annoverano il perfezionismo clinico, una bassa autostima e difficoltà interpersonali e nella gestione delle emozioni negative.

In questo paragrafo ci soffermeremo sui fattori di rischio biologici, di natura genetica e neurobiologica, e i fattori di rischio psico-sociali, riconoscendo il loro ruolo nella genesi e nel mantenimento degli EDs.

### *1.2.1 Fattori di rischio biologici*

Negli EDs è possibile riscontrare la presenza di fattori di rischio di natura biologica in grado di influenzare la comparsa, il mantenimento e il decorso di questa tipologia di disturbi. Studi condotti a livello familiare e su gemelli monozigoti e dizigoti (Thornton et al., 2013) hanno permesso di individuare un grado di ereditabilità da moderato ad alto per gli EDs, in particolar modo per l'AN, in cui i parenti di primo grado di un individuo con tale diagnosi hanno un rischio di circa 11,3 volte superiore rispetto ai parenti appartenenti ai gruppi di controllo di soffrire, a loro volta, di tale patologia; per la BN si stima un aumento del rischio compreso tra 4,4 e 9,6 volte rispetto ai parenti di primo grado dei gruppi di controllo e, per il BED, il rischio si stima essere tra 1,9 e 2,2 volte superiore.

Condurre studi su gemelli permette di stimare e separare l'influenza di natura genetica da quella ambientale sui comportamenti osservabili e sulla diversa vulnerabilità a sviluppare patologie organiche e/o di natura psicologica. Da questi studi è stato possibile osservare un grado di covarianza maggiore nei gemelli monozigoti, in cui gli effetti genetici erano in grado di spiegare fino all'88% della vulnerabilità per l'AN (Thornton et al., 2013). In generale, i diversi studi condotti sull'ereditabilità di questi disturbi hanno riportato un *range* di risultati piuttosto vario; tra questi, i più replicati prevedono un grado di ereditabilità compreso tra il 28% e il 58% per l'AN (Wade et al., 2000), tra il 54% e l'83% per la BN e compreso tra il 41% e il 57% nel BED (Thornton et al., 2013).

*Genome-wide Associations Studies* (GWAS) sono stati condotti al fine di individuare un singolo nucleotide soggetto a polimorfismi che potesse essere rintracciato in tutti gli individui con EDs; i risultati di questi studi hanno permesso di concludere che parte della

responsabilità genetica è da attribuire a un insieme di più polimorfismi riguardanti diversi nucleotidi; questi risultati, tuttavia, non sono stati ad oggi adeguatamente replicati e, di conseguenza, non possono essere generalizzati e confermati con certezza scientifica. Alcuni polimorfismi identificati da più studi nei pazienti con AN riguardano il recettore 5-HT<sub>2a</sub> e il trasportatore 5-GTTLPR per la serotonina (Kaye, 2008; Collier et al., 1997). Dal punto di vista neurotrasmettitoriale, le alterazioni genetiche sopracitate hanno permesso di ipotizzare un ruolo del neurotrasmettitore serotonina, coinvolto comunemente nella genesi di pensieri ossessivi, disturbi dell'umore e comportamento impulsivo; nei pazienti con AN è stata infatti riscontrata una riduzione dei livelli di 5-HIAA, il principale metabolita della serotonina. Questo neurotrasmettitore ricopre un ruolo nel generare il senso di sazietà e nella modulazione dell'impulso all'alimentazione. La disregolazione di tale processo metabolico, riscontrata nei pazienti, potrebbe spiegare la restrizione delle condotte alimentari messe in atto; tale metabolita nei pazienti con BN è presente in valori normali e tende a aumentare in individui in remissione dagli EDs (Kaye, 2008), indicando una potenziale ripresa normativa del processo metabolico di tale neurotrasmettitore. Questo aspetto ci permette di concludere che, negli individui in cui è avvenuta un'ideale ripresa del processo di nutrizione, la presenza di anomalie nel metabolismo della serotonina diviene un fattore di rischio per il potenziale sviluppo futuro di Disturbi dell'Alimentazione; tale elemento di rischio può essere regolato modulando l'assunzione di triptofano, il predecessore della serotonina, tramite la dieta dell'individuo (Collier et al., 1997).

Oltre alla serotonina, gli studiosi ipotizzano un coinvolgimento di disfunzioni nei circuiti neurotrasmettitoriali di dopamina e norepinefrina; in particolar modo, la dopamina, neurotrasmettitore coinvolto nei processi di ricompensa e nei circuiti del piacere, subirebbe nei pazienti con AN un aumento del suo rilascio a seguito della messa in atto di comportamenti di restrizione alimentare e, in particolar modo, alla riduzione del peso

corporeo. Questo andrebbe a rinforzare la messa in atto di comportamenti alimentari disfunzionali e ad aggravare così la condizione patologica dell'individuo (Frank et al., 2012).

Diversi studi condotti su animali dimostrano la possibile presenza di svariate alterazioni cerebrali in individui che presentano EDs. È stato in particolar modo analizzato il ruolo giocato da alcune regioni ipotalamiche quale il nucleo ventromediale, la cui lesione comporta nell'animale la messa in atto di condotte simili al digiuno e conseguente dimagrimento; al contrario, la stimolazione dell'ipotalamo laterale sembra correlare maggiormente con un aumento dei comportamenti di ricerca del cibo e conseguente alimentazione (Ravussin et al., 2014).

Ulteriori ricerche hanno sondato il ruolo di alcune regioni della corteccia cerebrale frontale e temporale, le cui lesioni si riscontrano con una frequenza significativa in pazienti affetti da AN e BN; tali regioni sono coinvolte nel processo di percezione del proprio corpo, nonché nell'elaborazione della piacevolezza di alcuni stimoli, tra cui odori e sapori (Van Kuyck et al., 2009). Diversi autori hanno di conseguenza sottolineato l'importanza della creazione e del mantenimento di un equilibrio tra il cosiddetto "centro della sazietà", a livello del nucleo ipotalamico ventromediale, e il "centro della fame", nell'ipotalamo laterale, integrando informazioni rilevanti per la consapevolezza e la percezione del proprio corpo e segnali percettivi associati agli elementi provenienti dalle aree frontali (Stamatakis & Hetherington, 2003).

### *1.2.2 Fattori di rischio psicosociale*

In aggiunta ai fattori di rischio biologici sopracitati, intervengono fattori di rischio di tipo psicologico e individuale in grado di spiegare e motivare, insieme ai fattori biologici, il fenomeno per cui individui appartenenti al medesimo contesto culturale e sottoposti alle medesime pressioni sociali non sviluppano lo stesso quadro di funzionamento psicopatologico.

Le ricerche epidemiologiche ci permettono di individuare come fattori di rischio alcuni aspetti demografici quali l'essere donna, ma anche il trovarsi all'interno della fase adolescenziale (indicativamente tra i 15 e i 19 anni); è stato infatti riscontrato che individui con queste caratteristiche demografiche sono esposti a un rischio più elevato di sviluppare EDs, in particolar modo AN e BN. Questo aspetto sarebbe da ricondurre alla maggiore vulnerabilità che tale popolazione presenta nei confronti delle pressioni sociali verso ideali estetici di magrezza e al maggior disagio che si riscontra nei confronti di un corpo nel pieno del suo cambiamento puberale (Keel & Forney, 2013).

Nel 2003, alcuni studiosi dell'Università di Oxford hanno proposto il Modello Transdiagnostico dei Disturbi dell'Alimentazione, il quale riconosce alcune caratteristiche psicologiche presenti negli individui con EDs e responsabili della comparsa e del mantenimento dei sintomi di preoccupazione eccessiva e controllo del proprio peso e della propria forma corporea; tra queste rientra la presenza di perfezionismo clinico, bassa autostima e difficoltà nelle relazioni interpersonali e nella gestione delle emozioni negative (Fairburn & Cooper, 2003). Il perfezionismo, che di per sé non rappresenta necessariamente un tratto di personalità disfunzionale, può divenire maladattivo o clinico nel momento in cui l'individuo si pone con estrema rigidità obiettivi irrealistici, sperimentando un forte senso di frustrazione, intolleranza per gli errori commessi e senso di fallimento, tutti elementi che conducono alla formazione di una valutazione della propria persona estremamente negativa (Keel & Forney, 2013). Numerosi studi longitudinali hanno confermato la presenza di una relazione tra i tratti di perfezionismo clinico e la maggiore probabilità di sviluppare un EDs, soprattutto AN (Culbert et al., 2015). Un altro elemento che viene individuato come rilevante dagli autori è la bassa autostima, con cui si fa riferimento alla discrepanza tra Sé ideale, ovvero la rappresentazione di come l'individuo vorrebbe essere, e il Sé realistico, ovvero come l'individuo risulta effettivamente essere nel momento attuale; tale discrepanza genera

insoddisfazione e sfiducia verso la propria persona, portando alla conseguente ricerca di ambiti di vita su cui esercitare il proprio controllo per sentirsi, in questo modo, competente; tra questi ritroviamo le rigide condotte alimentari (Fairburn & Cooper, 2003). Anche la difficoltà nella gestione delle emozioni è un elemento di rischio psicologico che spesso si rileva nei pazienti con EDs. Fa riferimento a una serie di *deficit* cognitivo-comportamentali quali l'incapacità di identificare, descrivere e interpretare le proprie emozioni e quelle altrui, distinguere stati emotivi da percezioni fisiologiche e utilizzare il linguaggio come strumento per esprimere le proprie emozioni, spesso sostituendo la parola con l'azione (Culbert et al., 2015). Tutti questi elementi, secondo gli autori, si presentano con intensità e frequenza diversa negli individui con EDs, rappresentando fattori di mantenimento esterni e non specifici, essendo presenti anche in altre patologie, che interagendo con fattori interni all'individuo determinano il perpetrarsi dei sintomi della patologia stessa.

Tra i tratti di personalità che sono considerati fattori di rischio per lo sviluppo di EDs, ritroviamo anche il nevroticismo e la tendenza a sperimentare emozioni negative, aspetti frequentemente presenti in tali pazienti e associati con un aumento dei comportamenti di autocritica e alla sovrastima dei propri difetti e dei propri limiti (Culbert et al., 2015). In compresenza con l'emozionalità negativa e con il perfezionismo clinico, viene di frequente riscontrata in questi pazienti una difficoltà nei processi di inibizione dell'impulso e della risposta automatica che, al contrario, tende a essere assecondata (Wonderlich et al., 2004); questa caratteristica comportamentale potrebbe spiegare la messa in atto di condotte alimentari disfunzionali quali le abbuffate nella BN e i conseguenti comportamenti di compensazione, realizzati senza l'intervento di un processo di pensiero razionale ma seguendo l'influenza del senso di colpa e dell'emozionalità negativa sperimentata dall'individuo.

Nei pazienti affetti da EDs è spesso presente, inoltre, una distorsione della percezione della propria immagine corporea, con conseguente insoddisfazione verso il proprio peso e la propria forma corporea; questa caratteristica potrebbe essere considerata come uno dei fattori alla base dell'assenza di consapevolezza da parte dell'individuo della propria condizione di patologia e della gravità della stessa (Stice & Shaw, 2002). È da sottolineare tuttavia che sperimentare insoddisfazione verso la propria forma corporea non determina necessariamente lo sviluppo di un ED il quale, come già sottolineato in precedenza, risulta dall'interazione tra più fattori di varia natura; è stato riscontrato, tuttavia, che maggiore è l'importanza che viene attribuita al peso corporeo nella valutazione della propria persona e maggiore è la pressione sociale percepita a raggiungere un determinato *standard* di magrezza, maggiore risulterà essere l'insoddisfazione verso il proprio corpo e il rischio di sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali (Uchoa et al., 2019).

In aggiunta a tali fattori di rischio associati alle caratteristiche psicologiche e individuali della persona, è importante sottolineare il ruolo giocato da alcuni elementi di rischio derivanti dal contesto sociale e familiare a cui appartiene l'individuo.

A tal riguardo, dall'inizio degli anni '60 è diventato sempre più rilevante un particolare ideale di bellezza per il quale il corpo, per poter essere definito attraente, deve aderire a canoni di magrezza talvolta estremi (Jauregui-Lobera et al., 2013); dalla seconda metà del secolo scorso a oggi, inoltre, gli individui hanno iniziato a essere costantemente sotto la pressione dei *mass media* e dei *Social Network*, i quali veicolano immagini di bellezza e di magrezza estremi e, molto spesso, frutto di modifiche effettuate in *post* produzione, non rappresentando di conseguenza corpi realistici (Santarossa & Woodruff, 2017). Questa pressione sociale porta molti individui a interiorizzazione tale ideale di magrezza, elemento che rappresenta un fattore di rischio sociale particolarmente rilevante per il potenziale sviluppo successivo di un ED (Stice et al., 2016). Come brevemente accennato in precedenza, questo elemento risulta essere estremamente pressante e presente nella

popolazione particolarmente a rischio per tali disturbi, ovvero quella femminile di età compresa tra i 15 e i 19 anni; è stato rilevato infatti che all'aumentare dei cambiamenti della propria forma corporea la paura verso un potenziale aumento di peso è elevata in questa popolazione, con conseguente messa in atto con più frequenza di diete e condotte finalizzate a evitare l'aumento ponderale (Keel & Forney, 2013). La popolazione maschile, tuttavia, non risulta essere immune da tali pressioni sociali; in questo caso, però, si riscontra una focalizzazione su un "ideale di muscolarità" rispetto a un'ideale di magrezza (Keel & Forney, 2013). Queste pressioni possono essere esercitate anche da parte dei membri della famiglia di appartenenza dell'individuo, attraverso commenti critici sull'aspetto estetico e sul peso corporeo (Cerniglia et al., 2017). Diversi studi hanno riscontrato la presenza di difficoltà nei rapporti familiari delle persone con EDs (Berge et al., 2014; Lyke & Matsen, 2013), rilevando caratteristiche familiari ricorrenti quali una scarsa coesione e flessibilità tra i membri della famiglia stessa, la presenza di rigidità, *caos*, scarsa comunicazione, invischiamento, e una generale bassa soddisfazione da parte dei diversi membri verso la qualità delle relazioni interpersonali presenti all'interno della famiglia (Cerniglia et al., 2017).

Inoltre, un ulteriore elemento che viene spesso riscontrato negli individui che sviluppano tali disturbi è una storia passata di prese in giro focalizzate sull'aspetto fisico e sul peso corporeo (Copeland et al., 2015).

Sono inoltre riportate in diversi casi di trascuratezza durante l'infanzia e/o esperienze di abuso sessuale; quest'ultima relazione è stata riscontrata ma non risulta essere ancora nota la natura di tale relazione: una prima ipotesi è che gli individui che hanno avuto questa tipologia di esperienze potrebbero sviluppare una psicopatologia che, in comorbidità, presenta spesso EDs (Connors & Morse, 1993); un'ipotesi alternativa è che questi eventi passati potrebbero aumentare nell'individuo la presenza di alcuni dei fattori di rischio precedentemente presentati, come la tendenza a sperimentare emozioni negative, gestite

con difficoltà, o la presenza di un'immagine di sé negativa, andando a aumentare la probabilità complessiva di sviluppare un EDs (Waller, 2018).

### *1.3 Epidemiologia e prognosi*

Gli EDs sono spesso considerati come patologie caratterizzanti unicamente le società occidentali e sviluppatesi durante il XX secolo; diverse evidenze hanno tuttavia messo in luce la presenza di tali disturbi fin dal 1300 e, responsabile anche la globalizzazione, a livello mondiale (Nasser, 2009). L'età di insorgenza di questi disturbi, nonostante si riscontri un'elevata eterogeneità anche per quanto riguarda le caratteristiche epidemiologiche, viene fatta risalire intorno all'adolescenza/prima età adulta; più nello specifico, diversi autori hanno rilevato che l'AN si sviluppa, in particolar modo, tra i 16 e i 20 anni, la BN tra i 21 e i 24 anni, mentre il BED in età più tardiva, tra i 30 e i 50 anni (Zerwas & Claydon, 2014).

I primi studi condotti riguardo questa classe diagnostica tendevano a soffermarsi unicamente su individui di genere femminile, ritenuti gli unici caratterizzati da questi disturbi e ipotizzando un rapporto 10:1 tra femmine e maschi affetti da AN; ricerche successive hanno tuttavia permesso di ridimensionare tale rapporto nei diversi, portandolo a 3:1 nel BED e sottolineando la presenza di una tendenza a sotto-diagnosticare gli EDs nel genere maschile, principalmente per questioni di natura sociale e stigmatizzanti (Jones & Morgan, 2010). È importante sottolineare che, nei pazienti di genere maschile, si riscontrano caratteristiche spesso differenti rispetto a quelle presenti nella patologia femminile; in particolar modo, si presenta con una frequenza maggiore in comorbidità il disturbo di dismorfismo muscolare, ovvero un'estrema preoccupazione legata al fatto di non avere un corpo sufficientemente muscoloso e la messa in atto di comportamenti finalizzati a colmare tale preoccupazione (Stoving et al., 2011).

Le stime di prevalenza degli EDs sono in costante aggiornamento e dipendono molto dalla tipologia di campione considerato nei diversi studi. Il disturbo più presente sembrerebbe essere il BED, con una prevalenza *lifetime* del 2,8% per le donne e dell'1% per gli uomini, particolarmente dominante nelle persone diagnosticate con obesità; per quanto riguarda la BN, la prevalenza *lifetime* è pari all'1,9% per le donne e all'0,6% per gli uomini; infine, nell'AN si riscontrano valori di prevalenza *lifetime* pari all'1,4% nelle donne e allo 0,2% negli uomini (Hay, 2020). Risulta tuttavia estremamente complicato avere delle stime epidemiologiche adeguate e coerenti con la realtà per questi disturbi, soprattutto per la scarsa richiesta di trattamento e, di conseguenza, di diagnosi, da parte delle persone che presentano questi disturbi; questo avviene a causa di una costellazione di fattori di natura individuale, psicologica, sociale e logistica, e rientra nel fenomeno del *Treatment Gap* oggetto di questa esposizione.

Negli anni le stime di prevalenza e incidenza sono andate incontro a oscillazioni consistenti, mostrando un aumento rilevante a partire dal XX secolo, sia per i pazienti di sesso femminile sia maschile, incremento probabilmente dovuto anche alla maggiore capacità di rilevare ed effettuare diagnosi puntuali (Steinhausen, 2002); sebbene nell'ultimo decennio si sia registrata una diminuzione di tale stime, vengono spesso riscontrati, in particolare negli individui in età adolescenziale, schemi e comportamenti alimentari disfunzionali, non ancora in grado di soddisfare i criteri diagnostici necessari ma elemento di rischio per uno sviluppo futuro di tale patologia.

Per quanto riguarda il decorso prognostico di questi disturbi, si descrive anche in questo aspetto una discreta eterogeneità tra i diversi EDs; comune a questi disturbi è la diminuzione della qualità di vita e l'alterazione del funzionamento quotidiano a causa dei sintomi, spesso estremi e invalidanti (Treasure et al., 2020). I tassi più elevati di mortalità si riscontrano nei pazienti affetti da AN, in cui la mortalità risulta essere più di cinque volte superiore rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale femminile di fascia

15-34 anni e, in larga parte, dovuta a complicanze associate allo stato di denutrizione determinato dalle condotte alimentari disfunzionali; molti pazienti con AN, infatti, presentano tra i numerosi sintomi difficoltà nella regolazione della temperatura corporea (manifesta dal colore bluastro di mani e piedi spesso freddi), estrema debolezza, presentano vertigini e occasionalmente fenomeni di svenimento (Mitchell & Crow, 2006). Tale malnutrizione può condurre allo sviluppo di quadri di osteoporosi, spesso così gravi da divenire irreversibili; anche problematiche a livello cardiaco, dovute in parte a squilibri elettrolitici, sono frequenti, ed espongono l'individuo a un rischio molto elevato di morte, principalmente per aritmia cardiaca (Mitchell & Crow, 2006). L'elevato rischio di mortalità nell'AN si associa, però, in maniera significativa, anche alla messa in atto di condotte di natura suicidaria: si stima un rischio circa 11 volte più elevato rispetto alla popolazione generale di mettere in atto tale tipologia di comportamenti (Lipson & Sonnevile, 2019).

La BN risulta essere caratterizzata da una minore letalità rispetto a quella riscontrata nei quadri di AN, nonostante anche in questo caso i tassi di mortalità siano circa il doppio rispetto alla popolazione generale (Arcelus et al., 2011); la maggiore mortalità riscontrata in questa patologia è in particolar modo associata alle conseguenze delle condotte di compensazione messe in atto dagli individui che possono provocare disequilibrio degli elettroliti, danneggiamento della muscolatura cardiaca, lesioni alla faringe e all'esofago, ulcere e danni alle ghiandole parotidi (Castillo & Weiselberg, 2017). Non si riscontra la medesima elevata relazione con il suicidio individuata nei pazienti con AN, anche se diverse ricerche portano dati contrastanti a tal riguardo, sostenendo un ruolo significativo delle condotte suicidarie anche nella mortalità dei pazienti con BN (nel 25-30% dei pazienti si riscontrano questi tentativi; Franko & Keel, 2006.).

Tra gli elementi che possono comportare un peggioramento della prognosi in questi disturbi rileviamo il *crossover* diagnostico, termine con cui si fa riferimento al fenomeno

per cui un individuo che riceve un iniziale diagnosi di EDs potrà nel tempo svilupparne uno differente, fenomeno particolarmente presente in questa classe di disturbi psicopatologici. I principali fenomeni di migrazione riguardano i due sottotipi di AN, con restrizione e con crisi bulimiche, il quale può essere un processo di tipo bidirezionale e portare in un secondo momento allo sviluppo di un quadro di BN conclamata. Tali cambiamenti delle diagnosi accadono in circa un terzo dei pazienti, complicando i piani di trattamento e peggiorando la prognosi dei pazienti stessi (Castellini et al., 2011; Tozzi et al., 2005).

Sono numerose le ricerche che sottolineano come la guarigione a lungo termine sia possibile per i pazienti con EDs; per quanto riguarda l'AN, infatti, si registra in studi di *follow-up* fino a 21 anni dopo la diagnosi, un tasso di remissione completa fino al 51%, di remissione parziale fino al 21%, mentre il 16% andava incontro a morte, soprattutto per complicanze associate alle caratteristiche del disturbo, e il 10% mostrava sintomi cronici mantenuti stabilmente nel tempo (Castellini et al., 2011). Anche per la BN e per il BED è possibile delineare una prognosi a lungo termine abbastanza favorevole, con tassi di remissione totale compresi tra il 60 e il 70%. Nonostante la prognosi favorevole per questa tipologia di disturbi, bisogna sottolineare come, nella maggior parte degli individui che hanno sperimentato questa tipologia di patologia, anche in fase di remissione permangono problematiche residuali nei confronti delle condotte di alimentazione; molti studiosi, infatti, tendono a riferirsi a questa guarigione con l'attributo "parziale", facendo riferimento a una condizione in cui i criteri diagnostici non risultano più essere soddisfatti seppur permangano alcuni pensieri disfunzionali in merito al peso e alla propria forma corporea e comportamenti di controllo e gestione di questo aspetto, seppur con un'intensità e una gravità inferiore a quella richiesta per porre una diagnosi effettiva (Sullivan, 2005).

## CAPITOLO 2

### I PRINCIPALI TRATTAMENTI PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

#### *2.1 Interventi psicoterapeutici*

Gli EDs possono presentarsi con livelli di gravità e compromissione diversi tra i pazienti e, di conseguenza, i trattamenti devono essere di carattere multimodale integrato e creati a seconda delle specifiche necessità dell'individuo considerato. In pazienti caratterizzati da sintomi di minore gravità, la prima forma di intervento è psico-comportamentale ed erogata ambulatorialmente, generalmente con la sola presenza di un medico di medicina generale e uno psicoterapeuta; nel caso di pazienti affetti da disturbi più gravi, può essere indicato ricorrere a un ricovero ospedaliero parziale o totale, necessitando della presenza di numerose figure professionali aggiuntive quale nutrizionisti, medici specialisti, infermieri, terapisti del movimento e di un'osservazione costante (Hay, 2019).

#### *2.1.1 Terapia Cognitiva-Comportamentale*

Tra i trattamenti psicologici di prima linea viene indicata *la eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy* (CBT- ED), adatta per tutte le categorie di EDs con alcune modifiche, per ciascun disturbo, in merito alla quantità di sedute indicate e agli obiettivi prefissati (Carter et al., 2010).

Per quanto riguarda l'AN, l'utilizzo della terapia cognitiva comportamentale si basa sull'assunto che alcune delle caratteristiche chiave di tale disturbo, quale la restrizione alimentare e l'evitamento del cibo, diventano schemi cognitivi e comportamentali radicati nel paziente; di conseguenza, si applicano una serie di strategie comportamentali quali l'auto-osservazione, la prescrizione di una alimentazione regolare, la messa alla prova dei pensieri disfunzionali, la ristrutturazione cognitiva e la

prevenzione delle ricadute, al fine di scardinare questi schemi disfunzionali (Carter et al., 2010).

Seguendo le regolamentazioni proposte dal *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) nel 2020, per questo disturbo sono tendenzialmente indicate 40 sessioni in un intervallo di tempo maggiore di 40 settimane, con sedute due volte a settimana per le prime 2 o 3 settimane.

Alcuni degli obiettivi prefissati da questa terapia per gli individui con AN sono la riduzione del rischio di sviluppare sintomi fisici o di altra natura associati al disturbo, incoraggiare un'alimentazione sana e il raggiungimento di un peso corporeo nella norma, spiegando i rischi associati alla malnutrizione e alle forme severe di sottopeso; il paziente è indirizzato verso il raggiungimento di una maggiore capacità di regolazione emotiva, migliori competenze sociali e di autostima, nonché verso una ristrutturazione cognitiva che lo aiuti a ridurre le preoccupazioni in merito alla propria forma corporea, al fine di evitare ricadute future, aumentando l'auto-efficacia e le capacità di auto-monitoraggio dei propri pensieri ed emozioni associate alla dieta e all'alimentazione (NICE, 2020). Include, inoltre, l'elaborazione di compiti finalizzati a una generalizzazione di quanto è stato appreso durante il trattamento; l'intervento è personalizzato e basato sui principali fattori di mantenimento del disturbo del paziente. Nei bambini e nei giovani adulti affetti da AN, oltre alle sessioni tipicamente previste dalla CBT- ED, possono essere previste, se necessario, da 8 a 12 sedute familiari aggiuntive, utili ai fini di un'indagine approfondita sul contesto familiare, il quale può rappresentare un ostacolo all'eliminazione di comportamenti alimentari disadattivi e per la pianificazione e il mantenimento di un piano alimentare adeguato (NICE, 2020). Nel 49% dei pazienti, al termine di questo trattamento, si rilevano sintomi molto lievi o del tutto assenti; studi longitudinali e di *follow up* hanno permesso di constatare che, a seguito degli interventi di CBT- ED, gli individui riportavano una certa stabilità nel

mantenimento dei benefici (il 41% dei pazienti manteneva sintomi minimi o nulli; Kass et al., 2014).

Per la BN sono previste 20 sessioni di CBT- ED, tendenzialmente da 50 minuti l'una, collocate lungo un periodo di oltre 20 settimane, con sedute doppie nelle prime settimane di intervento. Nella prima fase, il *focus* di trattamento è il coinvolgimento e la psicoeducazione del paziente alla BN e ai processi di mantenimento di questo disturbo; si cerca di stabilire un *pattern* regolare di alimentazione, fornendo incoraggiamento, consigli e supporto. A seguito, si entra nella seconda fase dell'intervento (tendenzialmente intorno alla nona seduta), in cui i sintomi psicopatologici della BN diventano protagonisti, in particolare la preoccupazione circa il proprio corpo, la presenza di diete rigide e la tendenza a mettere in atto episodi di *binge eating*, spesso in risposta a eventi di vita difficili. La fase finale, formata dalle ultime tre sedute di terapia, è orientata a mantenere il cambiamento indotto dal trattamento alla conclusione dello stesso; si utilizzano strategie per la prevenzione delle ricadute al fine di preparare l'individuo ad affrontare efficacemente le difficoltà che incontrerà nella vita quotidiana (Agras et al., 2000; NICE, 2020).

Nei bambini le sedute sono complessivamente 18 e vengono condotte in 6 mesi, con sedute più frequenti a inizio trattamento e con 4 sedute aggiuntive con i *caregiver*; in tali incontri aggiuntivi è fondamentale individuare gli elementi che impediscono la guarigione, insegnando ai familiari come supportare la persona durante il suo percorso di recupero e fornendo informazioni in merito agli EDs (NICE, 2020).

Fin da inizio trattamento è importante comprendere quale sia il ruolo giocato dalla patologia nella vita dell'individuo, al fine di costruire la necessaria motivazione al cambiamento e, di conseguenza, al trattamento (NICE, 2020). La persona imparerà a monitorare i propri pensieri, emozioni e comportamenti, cercando di raggiungere gli

obiettivi che vengono individuati ad inizio terapia, affrontando con strategie di *problem solving* pensieri, convinzioni e comportamenti problematici.

Anche in questo caso, la CBT- ED si dimostra essere un trattamento molto funzionale; valutando la sua efficacia, sia durante lo stesso che in studi di *follow up*, è stato rilevato che il 45% di coloro che avevano ricevuto questo intervento presentano una remissione totale dei sintomi (Agras et al., 2000).

Per gli individui affetti da BED, la CBT- ED viene erogata in un contesto gruppal, tipicamente in sedute dalla durata di 90 minuti e in un periodo di circa 16 settimane; il *focus* dell'intervento è posto sull'auto-monitoraggio dei comportamenti alimentari, aiutando il paziente ad analizzare i propri problemi e a strutturare precisi obiettivi. È prevista l'elaborazione di un piano alimentare giornaliero, identificando gli stimoli che inducono la realizzazione degli episodi di *binge*; al fine di aiutare la persona a identificare e modificare le convinzioni negative sul proprio corpo, viene esposta a *training* di esposizione al proprio corpo, cercando di insegnare all'individuo a gestire eventuali situazioni di rischio future (NICE, 2020).

Vengono anche utilizzati programmi a seduta individuale, composti tendenzialmente da un numero di sedute che varia da 16 a 20, indirizzati alla formulazione dei problemi, al fine di comprendere come aspetti emotivi e associati alla nutrizione contribuiscano alla realizzazione dei fenomeni di *binge* (NICE, 2020). A questi pazienti è importante consigliare di effettuare frequenti spuntini per evitare di sentirsi affamati e insegnare a individuare e affrontare i *trigger* emotivi, usando la ristrutturazione cognitiva, l'esposizione e interventi comportamentali. La persona deve essere consapevole che l'obiettivo della CBT- ED non è la perdita di peso, ma che questa si possa presentare come conseguenza dell'interruzione delle condotte di *binge eating*; l'individuo deve essere esortato a non mettere in atto tentativi di perdita di peso durante il trattamento, in

quanto il dimagrimento può rappresentare un *trigger* per la realizzazione di nuovi comportamenti di *binge eating* (NICE, 2020).

La CBT- ED si è dimostrata come efficace in *follow up* fino a 5 anni dopo la fine del trattamento, riportando l'assenza di episodi di *binge eating* in più del 50% dei partecipanti considerati (Kass et al., 2014).

Nel tempo sono state elaborate forme più brevi di questi interventi, utili soprattutto come prima forma di aiuto per pazienti con sintomi meno gravi; tuttavia, hanno una minore evidenza di efficacia rispetto agli interventi più lunghi e completi in quanto spesso, a seguito di questi interventi più concisi, permangono i sintomi e diviene necessario intraprendere sedute aggiuntive in un secondo momento. La forma di auto-aiuto senza alcuna forma di sostegno e indirizzamento da parte di personale specializzato non è indicata per il trattamento di questi disturbi, fatta eccezione per una forma di aiuto iniziale mentre si attende di ricevere una cura e un'assistenza più completa e funzionale (Hay, 2019).

### 2.1.2 Terapia familiare

La terapia familiare (*Family Based therapy*, FBT), sia strutturata che non strutturata, è particolarmente indicata per pazienti in età infantile e adolescenziale affetti da AN o da BN; prevede la combinazione di sedute individuali e di gruppo insieme ai *caregiver* del paziente (NICE, 2020).

Alla base degli interventi di FBT, sia per il trattamento dell'AN sia della BN, è possibile riscontrare alcuni assunti, tra cui il non reputare la famiglia come responsabile dell'insorgenza della patologia ma come una risorsa da considerare per ottenere un *outcome* di trattamento positivo (Rienecke, 2017).

Spesso i pazienti tendono a identificare sé stessi con la propria patologia, soprattutto nei casi di AN; di conseguenza, un elemento fondante di questo intervento è aumentare la consapevolezza, del paziente e dei genitori, circa la distinzione tra paziente e patologia,

vedendo quest'ultima non come il risultato di una scelta consapevole del paziente stesso; l'aumento di tale consapevolezza tende ad associarsi con una riduzione del criticismo genitoriale nei confronti del paziente che, spesso, negli EDs tende a essere presente ed elevato (Rienecke, 2017).

Il terapeuta ha un ruolo attivo nel guidare l'intera famiglia verso la guarigione, aiutando tutti i componenti della famiglia a prendere consapevolezza delle migliori modalità per aiutare il paziente; per tale motivo, questo intervento non prevede un'unica modalità standardizzata di erogazione ma si adatta alle caratteristiche dell'individuo e del suo nucleo familiare (Lock, 2011).

La FBT è un approccio particolarmente pragmatico, in quanto si concentra fin da subito sulla riduzione del quadro sintomatologico; le potenziali comorbidità presenti non sono direttamente affrontate, in quanto il *focus* principale dell'intervento rimane il ripristino di un comportamento alimentare funzionale e di un peso corporeo nella norma, ritenendo che eventuali comorbidità andranno incontro a una fisiologica risoluzione con il miglioramento delle condotte alimentari (Rienecke, 2017).

Per quanto riguarda gli interventi in caso di AN, sono previste un numero di sessioni variabili tra 18 e 20, distribuite lungo un anno; dopo un mese dall'inizio del trattamento vi è una revisione delle necessità del paziente, e tali revisioni vengono ripetute successivamente dopo tre mesi (NICE, 2020). Anche sulla base degli esiti di tali revisioni, si può ritenere adeguato, oppure no, aggiungere delle sedute individuali.

Questo intervento sottolinea l'importanza dei membri della famiglia per il recupero dalla condizione di patologia, cercando di diminuire il senso di colpa e di responsabilità che il paziente, o i membri della famiglia, possono sperimentare per le problematiche alimentari e le conseguenze che queste hanno sull'equilibrio familiare (NICE, 2020).

In questa forma di terapia familiare sono previste tre fasi distinte con obiettivi diversi. All'interno della prima fase, l'obiettivo è il recupero di una condizione di salute fisica,

spostando la responsabilità delle decisioni alimentari dal paziente ai genitori, i quali monitoreranno l'alimentazione del/della figlio/a, limitando o negando lo svolgimento di attività fisica; un ulteriore aspetto che si cerca di ottenere in questa prima fase è insegnare al paziente una corretta modalità di alimentazione all'interno del proprio contesto quotidiano, in modo da facilitare il mantenimento nel tempo di questi comportamenti adattivi (Rienecke, 2017; Lock, 2011). Il *goal* di questa prima fase è anche quello di stabilire una relazione di alleanza non solo con il paziente, ma anche con i suoi *caregiver* e gli altri membri della famiglia (NICE, 2020).

Nel momento in cui si registra uno stabile e consolidato incremento di peso nel paziente e si riscontra una riduzione dei sintomi associati all'ED, è possibile passare alla seconda fase, in cui si propone la realizzazione di un pasto insieme ai membri della famiglia all'interno dello studio del terapeuta; in questa fase si cerca di riportare gradualmente parte della responsabilità della condotta alimentare al paziente, evitando le ricadute e fornendo ai genitori un rinforzo in merito al lavoro che stanno conducendo (Rienecke, 2017).

L'ultima fase prevede una valutazione dei cambiamenti, cognitivi e comportamentali, messi in atto dal paziente e dall'intera famiglia, assicurandosi un ritorno della stessa a una condizione di equilibrio, stabilendo un piano successivo alla fine del trattamento e fornendo gli strumenti per garantire un supporto continuativo anche a fine intervento (Rienecke, 2017; Lock, 2011).

A causa delle similarità riscontrabili tra AN e BN, l'intervento di FBT è stato adattato per essere utilizzato anche con i pazienti che presentano BN; l'approccio tende a essere più collaborativo e flessibile, potenzialmente a causa della minore egosintonicità riscontrata in questi pazienti (Rienecke, 2017). In questo trattamento, infatti, l'obiettivo principale di riduzione dei comportamenti di *binge eating* e compensativi viene raggiunto da un lavoro condiviso tra i *caregiver*, che lavorano sulla riduzione del

criticismo parentale e della stigmatizzazione, e il paziente, che cerca di ridurre i comportamenti e gli atteggiamenti alimentari disfunzionali (Rienecke, 2017).

Nel caso della BN il trattamento viene tendenzialmente programmato per essere erogato in 6 mesi, sempre con un numero di sedute che varia tra 18 e 20; è importante includere una fase di psico-educazione in merito alla regolazione del peso corporeo e alle conseguenze avverse della realizzazione di comportamenti di compensazione (NICE, 2020). Similmente a quanto osservato per l'AN, le prime fasi di trattamento si concentrano sul raggiungimento di consapevolezza, da parte del paziente e dei *caregiver*, dei sintomi bulimici presenti, cercando di diminuire gli stessi grazie all'impegno comune dei *caregiver* e dei pazienti, sondando regolarmente quali siano i pensieri del paziente in merito al trattamento e includendo un automonitoraggio dei sintomi. Nelle fasi più avanzate del trattamento si cerca di stabilire un livello di indipendenza nei comportamenti e negli atteggiamenti alimentari, cercando di focalizzarsi, alla fine dell'intervento, sulla strategia da seguire al concludersi del trattamento al fine di evitare ricadute e mantenere i miglioramenti raggiunti (NICE, 2020).

Nei/nelle pazienti con AN e in quelli/e che presentano BN, è importante monitorare i livelli di *distress* che presentano i *caregiver* e gli altri membri della famiglia, al fine di individuare eventuali condizioni critiche e indirizzarli verso l'inizio di un trattamento terapeutico a loro dedicato (NICE, 2020).

### 2.1.3 *Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment (MANTRA) e Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)*

In aggiunta alla CBT- ED sono stati proposti ulteriori trattamenti per gli EDs, tra cui il *Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)* e lo *Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)* (Byrne et al., 2017).

Il MANTRA è un programma di trattamento sviluppato da Schmidt e fondato sul modello del *Cognitive-Interpersonal Maintenance* (Schmidt & Treasure, 2009) per l'AN; secondo questo modello i principali fattori di rischio per lo sviluppo e il mantenimento di questo disturbo sono tratti di personalità ossessivo-compulsivi e tratti ansiosi-evitanti, a cui si aggiungono difficoltà nel dominio socio-emotivo, una modalità di pensiero inflessibile, perfezionistica e scrupolosa, convinzioni a favore dell'AN e una modalità di comunicazione, da parte dei familiari o delle persone più vicine al/alla paziente, disfunzionale. Discostandosi dai principi alla base della CBT- ED, le preoccupazioni verso la forma e il peso corporeo non sono, in questo intervento, considerate come aspetti centrali del disturbo ma come sintomi di problemi più profondi presenti nel paziente (Wittek et al., 2021).

Il/la paziente incontra il terapeuta una volta a settimana per 50 minuti per la prima fase del trattamento, successivamente le sedute vengono pianificate con una frequenza minore, arrivando a un totale di incontri che varia da 20 a 40 a seconda di quanto risulta essere grave la condizione di sottopeso di partenza (Jansingh et al., 2020). Il/la paziente ha un ruolo attivo: l'intero trattamento si basa sulla scelta di temi ed esercizi provenienti dal quaderno personale che viene fornito all'individuo a inizio percorso, scelta che viene effettuata sulla base dei bisogni e dei sintomi del/della paziente, senza che vi sia un ordine di partenza prestabilito (Wittek et al., 2021). I temi presenti all'interno del libro personale sono diversi, tra questi ritroviamo lo sviluppo della motivazione al cambiamento e al recupero, l'aumento dell'assunzione di cibo e il miglioramento della nutrizione, affrontare difficoltà interpersonali, sviluppare stili di pensiero più funzionali, imparare nuove modalità per gestire le emozioni e lo sviluppo di un'identità separata dall'AN (Le Grange, 2005). Oltre al processo di selezione degli argomenti da affrontare, il/la paziente può svolgere compiti tra le varie sedute o rivedere alcuni degli argomenti trattati consultando il proprio quaderno personale. All'interno di questo intervento

possono essere presenti alcuni compiti di scrittura, i quali sono importanti per facilitare l'espressione e la regolazione delle proprie emozioni; la scrittura permette, in aggiunta, di divenire più consapevoli della propria patologia e delle sue caratteristiche, e questo può facilitare il processo di ristrutturazione cognitiva, diminuendo l'evitamento emotivo e aiutando a trovare nuove soluzioni alle proprie problematiche (Wittek et al., 2021).

Il MANTRA è considerato uno degli interventi d'elezione per i pazienti adulti, ma non viene a oggi ancora applicato nella popolazione adolescenziale; nonostante questo, è importante sottolineare che diverse caratteristiche di questo intervento e degli strumenti utilizzati in esso risultano essere in linea con le caratteristiche e i bisogni frequentemente riscontrati nella popolazione più giovane. Un esempio può essere individuato nell'elevata egosintonicità con cui gli adolescenti tendono a vivere i sintomi dell'AN, arrivando a identificare la propria persona con il disturbo (Waller, 2018); in merito a ciò, all'interno del MANTRA un intero capitolo viene dedicato all'identità del/della paziente, al fine di stimolare la formazione di una visione del sé separata dall'AN (NICE, 2020).

In questo intervento è possibile coinvolgere membri della famiglia o *caregiver* al fine di fornire un aiuto aggiuntivo alla persona nella comprensione della sua condizione e delle sue problematiche, sottolineando le conseguenze che queste possono avere a livello del contesto sociale e stimolando la messa in atto di comportamenti diversi e più funzionali (NICE, 2020).

Questo intervento è particolarmente indicato per individui con una modalità di pensiero rigida, convinzioni positive a riguardo del loro disturbo e assenza di un supporto sociale adeguato; tendenzialmente viene anche proposto nel caso in cui altri interventi *evidence-based* si siano rivelati di poco aiuto o se il/la paziente ritiene che altri interventi non possano aiutarlo/a (Le Grange, 2005).

In aggiunta a questo trattamento, specifico per il trattamento dell'AN, è stato elaborato un intervento non specifico, il SSCM, frutto della combinazione degli aspetti di gestione clinica e della psicoterapia supportiva; la gestione clinica enfatizza il ruolo del professionista della salute mentale nel assicurare e fornire educazione, cure e supporto al/paziente, mentre la psicoterapia supportiva prevede una compartecipazione nel lavoro terapeutico tra paziente e terapeuta al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati; in questo intervento le difese del/della paziente vengono rispettate, e il *focus* è posto sulle risorse e sui punti di forza dello/a stesso/a. La psicoterapia supportiva ha uno stile colloquiale, usa tecniche come l'ascolto attivo, la partecipazione verbale e non verbale, l'utilizzo di domande aperte, della riflessione, della rassicurazione, del consiglio e dell'auto-rivelazione del terapeuta (McIntosh et al., 2006). La terapia è orientata a ottenere un'alimentazione regolare, cercando di aumentare il peso del paziente, effettuando una psicoeducazione specializzata, concentrandosi anche sugli altri sintomi presenti nel paziente (ad esempio, vomito auto-indotto, esercizio fisico estremo e uso di lassativi; Jansingh et al., 2020). Le sedute sono tendenzialmente svolte una volta a settimana o una volta ogni due settimane, a seconda dei bisogni del paziente, per un totale di sedute che può variare da 20 a 40 (NICE, 2020).

L'intervento si compone di tre fasi distinte. Nella prima il/la paziente è introdotto/a al trattamento, e vengono identificati i suoi sintomi principali andando a ideare e concordare gli obiettivi in termini di peso corporeo da raggiungere e comportamenti alimentari funzionali da assumere. Nella seconda fase si monitorano i sintomi presi in esame, supportando e incoraggiando il/la paziente ad avvicinarsi, fino a raggiungere, i suoi obiettivi; nella fase finale si discutono gli aspetti associati alla fine della terapia, tra cui i piani per il futuro e la fine della relazione terapeutica (McIntosh et al., 2006). L'attenzione è focalizzata sul ritorno a un comportamento alimentare e ad un peso corporeo nella norma (McIntosh et al., 2006).

Questo intervento include anche una fase di psicoeducazione, fornita sia con informazioni verbali sia scritte, circa le caratteristiche dell'AN, della nutrizione, le conseguenze del digiuno, dei comportamenti di compensazione di altra tipologia, i fenomeni di *binge eating*, le conseguenze di natura medica derivanti dal disturbo e il ruolo delle influenze socioculturali sugli EDs (Jansingh et al., 2020). Nei protocolli NICE (2020) vengono definiti come obiettivi di questo trattamento la valutazione, l'identificazione e la revisione periodica delle problematiche chiave della persona, sviluppando una relazione terapeutica di fiducia e cercando di aumentare la consapevolezza del paziente verso i comportamenti realizzati.

## *2.2 Interventi di psicoeducazione*

Gli interventi di psicoeducazione sono parte integrante degli interventi ideati per il trattamento degli EDs, indirizzati in particolar modo ad aumentare la consapevolezza dei/delle pazienti e dei loro *caregiver* in merito ad aspetti quali le condotte alimentari considerate sane, la gravità dei sintomi, le conseguenze fisiche, psicologiche e sociali degli stessi (Jansingh et al., 2020). Gli interventi di psico-educazione rappresentano anche dei potenti strumenti di prevenzione per questi stessi disturbi, focalizzandosi in modo preponderante sullo scardinare fattori noti per rappresentare un rischio all'insorgenza di EDs, quali l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, la pressione sociale a essere magri, l'insoddisfazione corporea e l'emotività negativa. L'obiettivo di questi interventi è di portare a una riduzione della gravità degli eventuali sintomi già presenti, evitando l'insorgenza di ulteriori sintomi e, nella migliore delle ipotesi, evitare l'insorgenza di questi disturbi fin dal principio (Neumark-Sztainer et al., 2014).

I programmi di psicoeducazione individuati come efficaci sono numerosi e, a seguito di una attenta analisi, è possibile individuare alcuni *pattern* comuni in questi interventi (Neumark-Sztainer et al., 2014); tendenzialmente, infatti, la base teorica di questi

programmi è di tipo cognitivo e/o comportamentale, orientandosi verso la modificazione dei comportamenti e degli atteggiamenti disfunzionali individuati alla base di questi disturbi (Neumark-Sztainer et al., 2014).

Le tematiche principalmente affrontate nei diversi interventi riguardano l'alimentazione e la nutrizione sana, la gestione delle pressioni da parte del contesto socio-culturale ad aderire all'ideale di magrezza, l'accettazione e la soddisfazione verso il proprio corpo; diversi programmi promuovono lo svolgimento in modo salutare di attività fisica, l'assertività, una migliore gestione dello *stress*, l'aumento dell'autostima e del supporto sociale percepito. Le diverse metanalisi condotte, apparentemente in modo paradossale, hanno dimostrato come i programmi che riportano risultati più funzionali tendono a non riferirsi direttamente agli EDs e a non avere questi disturbi come *focus* principali, soprattutto se somministrati a individui non appartenenti a gruppi particolarmente a rischio per lo sviluppo di questi disturbi (Neumark-Sztainer et al., 2014). I programmi, infatti, possono essere somministrati a un pubblico generico, a prescindere dal loro specifico rischio di sviluppare EDs, oppure possono essere somministrati a gruppi specifici di individui che mostrano un rischio elevato di sviluppare EDs o a individui che mostrano sintomi di EDs sottosoglia.

Nella maggior parte di questi programmi viene utilizzata una modalità gruppale, faccia a faccia, spesso all'interno del *setting* scolastico ma anche in contesti extrascolastici; è importante considerare chi svolge questi interventi, in quanto è necessario che il/la professionista sia altamente formato/a sugli EDs e sugli aspetti a essi associati (Neumark-Sztainer et al., 2014).

Possiamo concludere come gli interventi di psicoeducazione, soprattutto aumentando il bagaglio di conoscenza e consapevolezza degli individui, possano avere un ruolo fondamentale nel deviare le traiettorie di sviluppo di un EDs verso pensieri e comportamenti maggiormente funzionali, svolgendo un ruolo non solo come parte di un

trattamento per individui con una diagnosi specifica di ED, ma anche a scopo preventivo in gruppi a rischio (e non) per lo sviluppo di un ED.

## CAPITOLO 3

### **BARRIERE AL TRATTAMENTO PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E POTENZIALI SOLUZIONI**

#### *3.1 Il research-practice gap*

Il termine “*research-practice gap*” si riferisce alla discrepanza che si individua tra i risultati ottenuti dalla ricerca scientifica in merito all'efficacia dei trattamenti psicologici e gli interventi realizzati nel contesto clinico (Kazdin et al., 2016); idealmente, il campo scientifico e quello clinico dovrebbero muoversi lungo un percorso parallelo, rafforzandosi a vicenda; spesso, tuttavia, questo non accade, e pone le basi per tale discrepanza (Lilienfeld et al., 2013).

Tra i pazienti affetti da un disturbo psichiatrico, solo il 32,7% riceve un trattamento adeguato alle proprie difficoltà e basato su evidenze scientifiche; prendendo in considerazione coloro che presentano un disagio psicologico pur non soddisfacendo completamente i criteri per poter porre una diagnosi (sintomi sub-clinici), questa percentuale diminuisce significativamente (Kazdin et al., 2016).

Per poter definire un intervento come *evidence-based* è necessario individuare alla base di quest'ultimo comprovate evidenze scientifiche circa la sua efficacia, ottenute da sperimentazioni in cui gruppi di controllo e sperimentali vengono posti a confronto, da risultati di metanalisi, da studi su caso singolo, nonché da analisi sistematiche; in questo modo è possibile ridurre significativamente il rischio per il clinico di incorrere in un *bias* durante la scelta e la realizzazione di un trattamento psicologico (Lilienfeld et al., 2013).

A queste evidenze devono aggiungersi l'esperienza clinica del professionista, fondamentale per individuare le caratteristiche significative dello stato di salute del paziente e delineare una corretta diagnosi, nonché le preferenze e i valori del paziente (Spring, 2007). Il *research-practice gap* è un fenomeno molto diffuso nella diagnosi e nel

trattamento degli EDs in cui, frequentemente, oltre ai trattamenti canonicamente considerati come *evidence-based*, quali CBT-ED, MANTRA e FBT, si affiancano interventi che non presentano tali caratteristiche (Peterson et al., 2016).

Oltre all'utilizzo di questi interventi alternativi, nei trattamenti degli EDs non di rado sono gli stessi professionisti a non essere adeguatamente formati sull'applicazione corretta degli stessi. Qualsiasi modifica messa in atto dal professionista nella realizzazione del trattamento dovrebbe essere esaustivamente giustificata e basata su risultati scientifici, ma questo spesso non viene rilevato; i clinici riportano frequentemente di essere guidati nell'erogazione del trattamento maggiormente dalla propria esperienza clinica piuttosto che dalle normative inserite nei manuali, comportando come risultato finale la creazione di un'attività clinica eterogenea (Lilienfel et al., 2013). Tra le possibili motivazioni alla base di tale discrepanza potrebbe essere individuata l'assenza di interventi aderenti alle reali necessità dei pazienti, caratteristica che potrebbe condurre i professionisti ad apportare delle modifiche ai trattamenti proprio per renderli più funzionali per lo specifico paziente considerato (Lilienfeld et al., 2013). Oltre a questo aspetto, nella scelta e realizzazione dell'intervento hanno un ruolo rilevante fattori di natura cognitiva e attitudinale che potrebbero, in parte, motivare la diffusa presenza di tale fenomeno.

### *3.1.1 Fattori attitudinali*

La tipologia di intervento scelto dal clinico è in larga parte influenzata dalle conoscenze acquisite dallo stesso in merito alle caratteristiche e alle necessità del disturbo preso in considerazione, dalla tipologia di educazione e di esperienza posseduta in campo psicologico e clinico; l'uso di trattamenti alternativi si riscontra frequentemente in professionisti che hanno ricevuto un'educazione non basata su evidenze scientifiche e in cui non è stata sottolineata l'importanza di questa tipologia di interventi, nonché in clinici che hanno iniziato a operare in un periodo storico in cui l'evidenza scientifica in campo psicologico non era ancora affermata (Aarons & Sawitzky, 2006). È stato infatti

individuato come questa tipologia di clinici tenda a essere riluttante nell'acquisizione e messa in atto di un cambiamento nelle proprie modalità di trattamento, evitando di apportare aggiornamenti alle proprie conoscenze, attività che risulta essere fondamentale per una corretta realizzazione di trattamenti *evidence-based* (Backer, 2000).

Il *research-practice gap* è stato spesso attribuito, in aggiunta, a una incapacità da parte dei ricercatori e del mondo accademico nel tradurre le proprie scoperte e i propri risultati in un linguaggio comprensibile e comune ai professionisti in ambito clinico (Pagoto et al., 2007); questo comporta la creazione di una separazione sempre più netta tra il mondo accademico e quello clinico, rendendo le scoperte dei primi inaccessibili e, di conseguenza, inutilizzabili dai secondi.

### 3.1.2 Fattori cognitivi

La reiterazione nell'utilizzo di trattamenti alternativi è, in parte, associata alla convinzione, da parte dei clinici, circa l'efficacia di tali interventi; questa può essere connessa al fenomeno del "realismo ingenuo" (Ross & Ward, 1996), ovvero la convinzione dell'individuo che la propria percezione della realtà circostante sia corrispondente alla stessa. I clinici, spesso, tendono a considerare la propria percezione del cambiamento cognitivo e comportamentale del paziente come specchio fedele e accurato di ciò che sta avvenendo nella realtà, non considerando il ruolo che le aspettative e i *bias* possono giocare nella distorsione delle percezioni personali (Lilienfeld et al., 2013).

Un ulteriore fenomeno cognitivo spesso presente è la "scusa di impotenza scientifica", derivato dalla teoria della dissonanza cognitiva (Festinger & Carlsmith, 1959), la quale afferma che nel momento in cui l'evidenza scientifica tende a contrastare i risultati a cui è giunto il clinico con il suo intervento, tale evidenza viene considerata come imperfetta e non aderente alla realtà (Munro, 2010). I clinici potrebbero, di conseguenza, considerare

unicamente i risultati scientifici in linea con le proprie convinzioni e i propri esiti trattamentali, escludendo tutto ciò che non è coerente con gli stessi.

Un ulteriore elemento che incoraggia la messa in atto di interventi non *evidence-based* è la saltuaria efficacia che questi interventi dimostrano nella popolazione clinica; diversi studiosi hanno cercato di comprendere le possibili motivazioni alla base di questi risultati, individuando un ruolo significativo giocato dall'effetto placebo, un fenomeno in cui il paziente tende a migliorare solo in virtù dell'inizio di un percorso di trattamento (Steer & Ritschel, 2010), ma anche la remissione spontanea o dovuta a fattori differenti rispetto a quelli inclusi nell'intervento (Jacobson & Christensen, 1996), lo sforzo di giustificazione, ovvero la tendenza dei pazienti a convincersi dell'efficacia dell'intervento intrapreso al fine di giustificare i diversi costi che questo comporta (Cooper and Axsom, 1982), nonché la regressione verso valori medi da parte di valori inizialmente individuati come al di sopra, o al di sotto, del valore di *cut off* clinico (Kruger, Savitsky & Gilovich, 1999); quest'ultimo rappresenta un fenomeno meramente statistico, per cui ripetere misurazioni che inizialmente tendevano a discostarsi dai valori normativi, si associa frequentemente con l'ottenimento di valori più vicini alle misure di *cut off*, senza che a questo si associ un'effettiva efficacia, o non efficacia, dell'intervento trattamentale.

Il *research-practice gap*, di conseguenza, è un fenomeno che viene mantenuto da numerosi fattori, includenti distorsioni cognitive della percezione di efficacia del proprio intervento da parte del clinico, ma anche da parte del paziente stesso; ciò che è importante sottolineare, però, sono le conseguenze negative che tale discrepanza può avere, in particolar modo nel lungo periodo. L'espansione nell'utilizzo di trattamenti non *evidence-based* comporta l'erogazione di interventi non adeguati alle caratteristiche cliniche delle diverse condizioni patologiche, i quali possono divenire un ostacolo al progresso del paziente (Shea, 1998); questo fenomeno potrebbe comportare un ulteriore scoraggiamento da parte dei pazienti verso la ricerca e la partecipazione a interventi

psicologici, i quali potrebbero non essere riconosciuti come meritevoli dei costi a fronte degli scarsi risultati in termini di efficacia (Shea, 1998). Contrastare il *research-practice gap*, favorendo un maggiore utilizzo di interventi basati su evidenze scientifiche, potrebbe di conseguenza comportare un incremento degli esiti positivi degli interventi psicologici e una conseguenza maggiore richiesta degli stessi da parte dei pazienti.

### 3.2 Soluzioni al Research-Practice gap

Migliorare il *research-practice gap* è fondamentale per poter diffondere l'utilizzo di trattamenti *evidence-based* migliorando il tasso di efficacia e di richiesta di aiuto professionale; per far questo potrebbe essere utile indirizzare i professionisti alla risoluzione di alcuni fattori attitudinali e cognitivi che abbiamo precedentemente presentato e che contribuiscono al mantenimento di tale fenomeno.

Potrebbe essere funzionale inserire come corsi obbligatori, all'interno del percorso di formazione e preparazione dei clinici, *training* specifici per aumentare la consapevolezza e le capacità di riconoscimento dei *bias* cognitivi che possono presentarsi nel processo di selezione e attuazione degli interventi psicologici (Lilienfeld et al., 2013). Non di rado, infatti, gli individui sperimentano il *blind-spot bias* (Pronin, Lin & Ross, 2002), ovvero la convinzione che i *bias* cognitivi siano un fenomeno individuabile unicamente negli altri; i *bias* cognitivi, al contrario, riguardano tutti gli individui, e la differenza che si può tracciare nella popolazione è tra chi è consapevole di questo fatto e mette in atto azioni preventive nei confronti di tali distorsioni e chi tende a negare questo aspetto e ne subisce la completa influenza (Mahoney, 1977). Sottolineare e trasmettere nel percorso formativo dei clinici l'importanza dei trattamenti *evidence-based* e le conseguenze connesse a un loro corretto utilizzo, permetterebbe di evitare l'influenza di alcuni dei fattori attitudinali alla base del *research-practice gap* (Hershenberg et al., 2012); a tale riguardo è stato proposto l'approccio "*train the trainer*", basato sui principi della teoria cognitiva sociale

(Bandura, 1986), per il quale si ritiene fondamentale affiancare al terapeuta in corso di apprendimento la figura di un terapeuta esperto, il quale può divenire oggetto di *modeling*, fornire *feedback* costanti e permettere, in questo modo, di ottenere un apprendimento duraturo nel tempo (Beidas & Kendall, 2010).

Aumentare le conoscenze e il livello di *expertise* del professionista può essere ottenuto anche tramite *training* condotti tramite l'utilizzo di *internet* (Fairburn & Cooper, 2011); questi permettono la diffusione di tali interventi in qualsiasi luogo geografico, in qualsiasi momento, in modo ripetuto e personalizzato sulle necessità del professionista (Fairburn & Cooper, 2011). Tali interventi basati sull'uso di *internet* permettono di abbattere alcuni dei limiti pratici che potevano essere individuati alla base del *research-practice gap*.

Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione è la creazione di un linguaggio comune tra ricercatori e clinici, al fine di rendere le informazioni elaborate dai primi comprensibili per i secondi, favorendo la loro traslazione e utilizzo nella pratica clinica; una collaborazione tra il mondo della ricerca e della clinica potrebbe essere funzionale per la realizzazione di interventi basati su evidenze scientifiche e aderenti alle reali ed effettive caratteristiche riscontrate maggiormente nei pazienti (Lilienfeld et al., 2013).

Young e collaboratori (2008) hanno messo in luce la tendenza dei clinici a non risentire dell'influenza di coloro che provengono dal mondo accademico, in quanto considerati non in grado di comprendere la realtà quotidiana con cui i clinici si interfacciano; di conseguenza, permettere che i risultati delle sperimentazioni vengano trasmessi anche da individui appartenenti alla realtà clinica, potrebbe sortire una maggiore influenza nei professionisti inseriti in tale contesto, garantendo una maggiore aderenza alla realizzazione di interventi *evidence-based*.

È inoltre importante che i destinatari di tale sforzo di diffusione di informazione in merito a tali interventi non siano professionisti che già presentano un'opinione favorevole in merito agli stessi, ma primariamente coloro che nutrono dubbi e scetticismo a riguardo

(Young et al., 2008). Al fine di dimostrare la funzionalità ed efficacia dell'utilizzo di trattamenti basati sull'evidenza scientifica ai professionisti che risultano riluttanti all'adozione degli stessi, è stato proposto di richiedere agli stessi l'adozione di un unico intervento *evidence based*, di modo da inserire tale pratica in maniera graduale e incrementale nella propria attività quotidiana; tale modalità potrebbe favorire lo sviluppo di una visione maggiormente positiva nei confronti di questi interventi, permettendo un loro maggiore utilizzo nel lungo termine (Freedman & Frase, 1966).

Alcune barriere più "concrete" alla traslazione delle informazioni raccolte dai ricercatori nella pratica clinica possono essere la non disponibilità all'accesso a materiali riguardanti tali interventi, l'assenza di risorse utili per ottenere la supervisione richiesta, la mancanza di tempo per partecipare agli incontri necessari all'ottenimento di tali apprendimenti, la mancanza di supporto e condivisione in merito a queste tematiche con il proprio gruppo di lavoro (Pagoto, Spring & Coup, 2007). Alcune di queste difficoltà potrebbero essere sanate dalle medesime agenzie per cui i professionisti lavorano, le quali potrebbero incrementare le risorse messe a disposizione per l'utilizzo di interventi *evidence-based*, nonché da parte delle stesse organizzazioni professionali, quali *l'American Psychology Association*, le quali potrebbe favorire l'accesso a una maggiore mole di materiali propedeutici allo sviluppo delle competenze necessarie alla realizzazione di tali interventi, nonché la possibilità di usufruire di un costante aggiornamento di tali conoscenze e competenze (Nelson et al., 2006). Potrebbe anche essere utile sviluppare opportunità di discussione e apprendimento in merito agli interventi *evidence-based* nello stesso luogo di lavoro dei professionisti, favorendo l'acquisizione di competenze e di una visione maggiormente positiva su queste tipologie di trattamenti (Nelson et al., 2006).

### 3.3 Principali barriere alla ricerca di trattamento

Gli EDs sono disturbi psicologici gravi e con un andamento cronico, la cui prevalenza risulta essere elevata, soprattutto in alcune popolazioni specifiche, considerate ad alto rischio; nonostante questo, si stima che solo il 23.2% di coloro che presentano un sintomo associato a un ED ricerchino un trattamento professionale (Hart et al., 2011). Questo risultato è stato successivamente replicato da ulteriori sperimentazioni (Bohrer et al., 2017; Forrest et al., 2017; Sonnevile & Lipson, 2018), concludendo che solo una percentuale compresa tra il 13 e il 35.6% di individui con tale sintomatologia ricerca un trattamento per migliorare la propria condizione e qualità di vita. Queste percentuali variano molto in funzione di fattori di natura demografica; un esempio è la minore incidenza di richiesta di trattamento da parte di individui appartenenti a minoranze etniche, come dimostrato da diverse sperimentazioni (Cachelin et al., 2006; Kazdin et al., 2016); a questa minore richiesta si associa anche una minore probabilità di ricevere una diagnosi di EDs, nonché una minore possibilità di presa in carico adeguata e funzionale al benessere dell'individuo. Un ulteriore elemento demografico particolarmente significativo risulta essere l'età del paziente considerato; infatti, nella sperimentazione condotta da Hart et al. (2011), si osserva come la richiesta di trattamento si avvicini allo 0% quando si considerano individui frequentanti le scuole medie e superiori (Meyer et al., 2008), mentre subisca un incremento fino a raggiungere il 52% all'interno di campioni di giovani adulti. In generale, è stato riportato come individui in età preadolescenziale siano meno propensi a ricercare un trattamento rispetto ad adolescenti e giovani adulti (Kessler et al., 2005; Eisenberg et al., 2011). Questo aspetto risulta essere inoltre largamente influenzato da un ulteriore aspetto demografico, il genere del paziente, si riscontra infatti una maggiore richiesta di trattamento in campioni femminili rispetto a quelli maschili (Hay et al., 2005). I tassi di mortalità associati agli EDs si stimano tra le 10 e le 12 volte superiori rispetto a quelli della popolazione generale ma, nonostante la gravità e cronicità di questa

condizione, oltre alla esigua richiesta di trattamento professionale, è possibile riscontrare la presenza di un ritardo nei tempi in cui tale trattamento viene erogato; la latenza media tra la comparsa dei sintomi clinici e la richiesta di aiuto e l'inizio di un intervento è infatti compresa tra i 10 e i 15 anni (Hart et al., 2011). In particolare, tali ritardi nella presa in carico dei pazienti tendono a differire a seconda della tipologia di EDs considerato, attestandosi a 29.9 mesi nei casi di AN, 53 mesi per la BN e 67.4 mesi nei pazienti con BED (Hudson et al., 2007; Steinhausen et al., 2015).

Il ritardo nell'erogazione di un trattamento professionale adeguato e la mancanza di presa in carico del paziente risultano essere tra i fattori salienti associati a una prognosi negativa negli EDs (Steinhausen, 2002); per tale motivo, diviene fondamentale comprendere quali possano essere le barriere alla ricerca di un trattamento professionale maggiormente percepite da individui affetti da sintomatologia associata ai EDs, al fine di mettere in atto piani di intervento preventivi che permettano un loro superamento, garantendo un accesso celere e puntuale a piani trattamentali adeguati al raggiungimento di un miglioramento della qualità di vita dei pazienti stessi.

### *3.3.1 Barriere psicologiche*

Sondando le potenziali motivazioni alla base della ridotta ricerca di aiuto professionale da parte dei pazienti con EDs, in diverse sperimentazioni è stata identificata la presenza di una tendenza alla negazione e minimizzazione del proprio quadro sintomatologico da parte dei pazienti, i quali spesso non ritengono che la gravità della propria condizione sia tale da richiedere il supporto di una figura professionale (Ali et al., 2020). A seguito di tale mancanza di *insight* sul proprio stato di salute fisica e psicologica, l'individuo spesso ritiene di avere le capacità per gestire tale condizione autonomamente, senza l'intervento di un professionista (Blumenthal & Endicott, 1996).

Questo aspetto di negazione della propria condizione è largamente associato all'egosintonicità, una delle caratteristiche chiave degli Eds, ovvero la tendenza a

considerare i sintomi come integrante del proprio funzionamento; di conseguenza, intraprendere un percorso di trattamento può essere associato alla paura di perdere elementi della propria identità considerati come rilevanti (Liu, Hay & Conti, 2022; Froreich et al., 2016); questo è particolarmente presente in coloro che presentano sintomatologia tipica di AN e BN. In aggiunta all'egosintonicità dei sintomi, tra le caratteristiche chiave degli Eds possiamo individuare il senso di controllo che l'individuo sviluppa nel momento in cui mette in atto i comportamenti alimentari disfunzionali; questo frequentemente si associa a un aumento della sua autostima e diviene un fattore di mantenimento della patologia alimentare (Potterton et al., 2020). La paura di perdere il controllo sulla propria alimentazione e, conseguentemente, sulla propria persona, risulta essere tra le barriere principali alla ricerca di un trattamento professionale (Griffiths et al., 2018).

La minimizzazione della gravità della propria condizione, associata all'egosintonicità con cui i sintomi vengono vissuti, nonché alla volontà di mantenere il controllo sulla propria alimentazione, si associa alla mancanza di motivazione alla realizzazione di un cambiamento della propria condotta alimentare che è frequentemente riscontrata nei pazienti affetti da un ED. I pazienti riportano di non considerare il trattamento come desiderabile, associandosi alla possibilità di aumentare il proprio peso corporeo e/o modificare la propria forma corporea; spesso riportano esplicitamente di non sentirsi pronti ad abbandonare la propria patologia e ad accettare le conseguenze e i cambiamenti che questo comporterebbe (Ali et al., 2020).

Tale mancanza di *insight*, oltre ad associarsi alle caratteristiche intrinseche della patologia alimentare, può però essere associata, in aggiunta, alla mancanza di un'adeguata conoscenza in merito a tale categoria diagnostica, comportando la tendenza dell'individuo a non considerare questi disturbi come rilevanti e come affrontabili

tramite un percorso psicologico, al pari di quanto avviene con altre forme psicopatologiche (Ebner & Latner, 2013).

Tra le barriere psicologiche si riscontra anche la presenza di una visione negativa della propria persona, eccessivamente influenzata dall'aspetto fisico che si ritiene di possedere; conseguenza di tale auto-svalutazione, gli individui potrebbero non ritenere di meritare la realizzazione di un trattamento psicologico e il conseguente miglioramento della propria qualità di vita, esprimendo la presenza di una forte vergogna per la propria persona e la convinzione di non essere degni di ricevere un trattamento perché non aderenti a una certa tipologia di peso e forma corporea (Liu, Hay & Conti, 2022).

La mancanza di fiducia nei confronti dei professionisti della salute mentale rappresenta un'altra barriera frequentemente riscontrata nel processo di ricerca di aiuto professionale in individui con sintomatologia associata agli Eds; tale mancanza di fiducia può essere il risultato di esperienze negative di interventi psicologici precedenti, ma può associarsi anche a caratteristiche personali del professionista e/o del paziente (Meyer, 2001). Spesso viene riscontrata la convinzione di non poter essere pienamente compresi dal professionista, ma anche la convinzione che nessun intervento possa effettivamente migliorare la propria condizione e qualità di vita (Meyer, 2001; Cachelin & Striegel-Moore, 2006). Infine, tra le barriere psicologiche è possibile individuare anche la presenza di disturbi psicologici in comorbidità, frequentemente Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore; la presenza di questi disturbi e dei conseguenti sintomi aggiuntivi può rendere la ricerca e richiesta di aiuto ancora più difficile da realizzare per il paziente (Regan, et al., 2017).

### *3.3.2 Barriere sociali*

Una delle barriere alla ricerca di trattamento maggiormente replicata nelle diverse sperimentazioni è l'anticipazione e la percezione di atteggiamenti e comportamenti

stigmatizzanti da parte del sistema sociale di riferimento (Akey et al., 2013; Becker et al., 2010); spesso gli individui tendono a non condividere la presenza nella loro esperienza quotidiana di sintomatologia associata agli Eds, in modo da non essere etichettati come individui affetti da un disturbo psicologico e da non ricevere discriminazioni in virtù di questo aspetto. Sono infatti ancora molte le culture in cui la salute mentale non viene considerata alla pari di quella fisica, e in cui gli Eds sono principalmente considerati come una scelta di vita dell'individuo più che come una patologia di cui lo stesso è affetto; di conseguenza, in queste culture si tende a considerare l'individuo responsabile dei propri sintomi e, conseguentemente, a colpevolizzarlo e discriminarlo. Lo stigma è particolarmente percepito dai pazienti, i quali riportano frequentemente di sentirsi imbarazzati per i propri sintomi e per il conseguente comportamento che gli altri individui hanno nei loro confronti (Cachelin et al., 2001). Spesso associato allo stigma verso i disturbi mentali vi è la convinzione che ricercare un aiuto professionale per tali patologie sia indice di debolezza da parte dell'individuo, il quale non è ritenuto in grado di provvedere autonomamente al miglioramento della propria qualità di vita; questa convinzione è spesso radicata nella famiglia di appartenenza del paziente, ed è in particolar modo presente tra coloro che appartengono a una minoranza etnica (Becker et al., 2010).

Sempre in riferimento alle barriere sociali, è possibile individuare l'assenza di supporto, comprensione e incoraggiamento alla ricerca e adesione a un trattamento da parte del proprio sistema di riferimento; questo aumenta nel paziente la convinzione che nessuno sia in grado di comprendere completamente la propria esperienza e i propri sintomi, diminuendo la sua tendenza a ricercare l'aiuto di un professionista (Akey et al., 2013; Becker et al., 2010). La mancanza di supporto sociale non è solo una barriera alla ricerca di un trattamento, ma anche a una consistente adesione a un regime di trattamento in maniera puntuale e duratura nel tempo (Mond et al., 2007).

La scarsa fiducia nelle competenze dei professionisti della salute mentale e una scarsa aspettativa nei confronti dei risultati che un intervento psicologico potrebbe comportare (Griffiths et al., 2018), può essere anche motivata, oltre che da esperienze passate negative, anche da fattori di natura culturale che vengono trasmessi e sostenuti dalle famiglie di riferimento (Meyer, 2001).

Spesso il sistema sociale dei pazienti enfatizza la convinzione che gli Eds non possano essere considerati come delle reali patologie, che la salute mentale non debba essere posta sullo stesso piano di quella fisica; queste convinzioni trasmettono all'individuo la convinzione che non sia ammissibile richiedere un aiuto professionale per disturbi di questa tipologia e che la soluzione sia rispondere alla propria problematica in autonomia (Akey, Rintamaki & Kane, 2013). In culture in cui la visione dominante segue questa linea di pensiero, la ricerca e la realizzazione di un intervento psicologico per gli Eds tendono a diminuire in maniera significativa (Meyer, 2001).

### *3.3.3 Barriere pratiche*

All'interno dello studio delle principali barriere alla ricerca di un trattamento professionale, è importante tenere in considerazione il ruolo che fattori pratici e concreti possono avere nel limitare tale richiesta. Una tra le barriere più frequentemente riportate dai partecipanti nei diversi studi risulta essere il costo finanziario da sostenere nel caso in cui venga intrapreso un percorso psicologico; spesso, di fatti, questi interventi non sono compresi nei pacchetti assicurativi maggiormente utilizzati, e comportano degli oneri economici piuttosto rilevanti (Kazdin et al., 2016). Al costo finanziario si aggiunge anche il costo in termini di tempo, spesso difficile da individuare nella quotidianità caotica degli individui; frequentemente i partecipanti riportano difficoltà a conciliare tutti gli aspetti della propria vita, trovando spazio libero aggiuntivo da dedicare all'intervento psicologico (Kazdin et al., 2016). In alcuni casi si individua la presenza di una difficoltà logistica a recarsi in un luogo prestabilito per eseguire la

terapia, non avere le possibilità di allontanarsi dalla propria residenza per mancanza di mezzi di trasporto o di risorse (Gulliver et al., 2010). Tra le barriere pratiche si possono anche inserire la mancanza di servizi territoriali a cui poter fare riferimento per un trattamento specifico per gli EDs, nonché la mancanza di informazioni in merito a questi eventuali servizi e a come richiedere un intervento (Regan et al., 2017); la mancanza di un adeguato *insight* in merito alla propria condizione può essere in aggiunta connessa alla mancanza di sufficienti conoscenze a riguardo, e può divenire un ostacolo rilevante alla ricerca di aiuto da parte di una figura professionale.

### *3.4 Possibili soluzioni al treatment gap*

Le barriere che ritardano o impediscono la ricerca di un trattamento professionale in individui con sintomatologia alimentare sono molteplici e di diversa natura; divenire consapevole delle stesse è fondamentale per poter realizzare interventi preventivi finalizzati alla loro diminuzione e a un conseguente maggiore utilizzo dei servizi da parte dei pazienti. In particolar modo, è fondamentale che i professionisti della salute mentale siano a conoscenza della maggiore difficoltà a intraprendere un percorso psicologico da parte di alcune tipologie di individui, come coloro che appartengono a un gruppo minoritario, nonché coloro che presentano un'età molto giovane; solo in tal modo può essere applicata una maggiore attenzione ai comportamenti e all'eventuale sintomatologia presente in tali individui, intervenendo tempestivamente (Regan et al., 2017). I programmi di psicoeducazione dovrebbero concentrarsi specialmente sulle barriere individuate come più salienti per la particolare categoria di individui che si sta prendendo in considerazione, adattando l'intervento alle loro necessità. La psicoeducazione è importante anche per abbattere la mancanza di informazioni in merito alla sintomatologia tipica degli EDs e alle risorse disponibili e a cui poter fare

riferimento; la disinformazione, infatti, può essere spesso la causa sottostante alla mancanza di ricerca di aiuto professionale (Regan et al., 2017).

Un aspetto primario da prendere in considerazione nella progettazione degli interventi per gli EDs è la riduzione dei tempi di attesa che intercorrono tra la ricerca di aiuto del paziente e l'effettiva realizzazione di un trattamento; tale ritardo si associa con una prognosi maggiormente negativa, comportando spesso una conseguente non adeguata adesione da parte del paziente all'intervento stesso (Regan et al., 2017). Potrebbe, di conseguenza, essere funzionale fornire gratuitamente materiale informativo e tecniche di intervento basate sulla modalità *self-help* durante tale periodo di attesa, di modo da garantire per quanto possibile un'assistenza all'individuo prima dell'effettivo inizio del trattamento (Vollert et al., 2019; Regan et al., 2017).

#### *3.4.1 Innovazione digitale*

L'innovazione digitale che è andata espandendosi nel corso degli ultimi anni ha comportato la comparsa di strumenti che potrebbero essere importanti per la riduzione del *treatment gap*. Il mondo digitale, infatti, fornisce spesso soluzioni semplici, economiche e funzionali ai problemi degli individui, permettendo di raggiungere con maggiore capillarità un bacino più ampio di individui (Kazdin et al., 2016). Tramite l'utilizzo di *internet*, di fatti, possono essere abbattute le barriere geografiche che potrebbero sussistere nell'erogazione dei trattamenti per gli EDs, risolvendo alcuni dei problemi pratici che abbiamo annoverato tra le barriere alla ricerca di trattamento professionale, quale la mancanza di servizi territoriali in grado di prendere in carico il paziente, la difficoltà a recarsi nei luoghi adibiti allo svolgimento dell'intervento, nonché problematiche di natura economica (Rotheram-Borus, Swendeman & Chorpita, 2012). Un esempio di questa funzione è la telemedicina, una tecnologia che permette di ricevere informazioni e cure a distanza, permettendo una comunicazione diretta tra paziente e professionista senza la necessità di recarsi presso lo studio di quest'ultimo

(Roine, Ohinmaa & Hailey, 2001); a tale riguardo interventi CBT, soprattutto per coloro che presentavano sintomi associati a BN, non hanno riportato risultati differenti quando eseguiti tramite modalità telematica rispetto all'erogazione faccia-faccia, rappresentando un risultato promettente per l'utilizzo di questa modalità (Crow et al., 2009; Zerwas et al., 2017).

L'introduzione di strumenti digitali, però, non è funzionale unicamente a garantire un trattamento psicologico a un maggior numero di individui, può rappresentare anche uno strumento di aiuto all'operato dei professionisti della salute mentale, i quali possono utilizzare *checklist* elettroniche per assicurarsi di sondare tutti gli elementi più importanti nel colloquio con il paziente, avvalersi dell'utilizzo di *app* per lo svolgimento di compiti interattivi durante le sedute e tra un incontro e l'altro, nonché come forma di auto-monitoraggio del paziente tra le sedute (un esempio sono i diari alimentari, molto utilizzati nei trattamenti per gli EDs; Tregarthen, Lock & Darcy, 2015).

*Internet* permette, inoltre, un accesso facilitato e immediato a materiali informativi, non solo per i pazienti, ma anche per i professionisti, i quali potrebbero usufruire di programmi di aggiornamento, corsi e seminari che incrementino la qualità del loro operato e il loro bagaglio di conoscenze e competenze, aspetto fondamentale per poter garantire la somministrazione di interventi basati su evidenze scientifiche, aggiornati con le nuove scoperte e funzionali per i bisogni specifici del paziente (Hamilton et al., 2022).

#### 3.4.2 *Task shifting*

Frequentemente una delle problematiche riscontrate alla base della scarsa erogazione di trattamenti adeguati e tempestivi è la mancanza di professionisti formati per poter trattare tali pazienti; al fine di ridurre la somministrazione di interventi psicologici non adeguati alle caratteristiche del paziente, nonché trattamenti alternativi a quelli basati

sulle evidenze scientifiche, è stata proposta la possibilità di aumentare il numero di individui in grado di erogare interventi *evidence based*. L'idea alla base del *task-shifting* è quella di permettere a individui meno formati rispetto ai professionisti canonicamente presi in considerazione di apprendere le nozioni necessarie per l'erogazione di tali servizi; questo permetterebbe un incremento della risposta alle richieste di aiuto, una diminuzione dei tempi di attesa, favorendo infine migliori *outcome* in termini di benessere dell'individuo (World Health Organization, 2007).

Il *task-shifting* riproduce alcuni elementi riscontrati nel processo di *train-the-trainer*, con cui si cerca di formare professionisti ancora inesperti allo svolgimento della professione; prevedendo la presenza di un professionista della salute mentale che si occupi di fornire le informazioni necessarie allo svolgimento di un intervento con il paziente, nonché alla realizzazione di un corretto processo di invio dello stesso ai professionisti più adeguati alle sue necessità (Beidas & Kendall, 2010).

Sono stati condotti diversi studi al fine di valutare l'efficacia di trattamenti erogati da personale meno esperto, i quali hanno dimostrato una riduzione significativa della sintomatologia alimentare nei pazienti, nonché un miglioramento generale della loro qualità di vita, confermando l'importanza di questa tipologia di interventi e sottolineando la necessità di una maggiore diffusione degli stessi (World Health Organization, 2007).

## CAPITOLO 4

### LA RICERCA

#### *4.1 Obiettivi*

Negli ultimi anni è stato registrato un aumento esponenziale degli accessi alle strutture ospedaliere da parte di individui affetti da EDs in condizioni di emergenza, spesso conseguenti a sintomi ignorati e non trattati anche per molti anni, vista la naturale cronicità di questi disturbi (Taquet et al., 2021); alla base di questo andamento vi è la tendenza da parte dei pazienti a non ricercare e richiedere un trattamento psicologico appropriato al proprio quadro sintomatologico (Hart et al., 2011). Attualmente si stima che solo una percentuale compresa tra il 13 e il 35.6% di coloro che presentano una sintomatologia associata a EDs ricerchino un intervento psicologico professionale, stima che tende a diminuire drasticamente quando si considerano coloro i cui sintomi non soddisfano pienamente i criteri per poter porre una diagnosi di EDs (Sonneville & Lipson, 2018). In aggiunta, tra la comparsa della sintomatologia, la richiesta di aiuto e l'inizio di un trattamento psicologico adeguato, è possibile individuare una latenza media compresa tra i 10 e i 15 anni (Hart et al., 2011), ritardo che tende ad associarsi con una prognosi maggiormente negativa (Steinhausen, 2002). Considerando la gravità di questi disturbi, i quali si associano a un tasso di mortalità tra le 10 e le 12 volte superiore rispetto a quanto riscontrato nella popolazione generale (Hart et al., 2011), diviene urgente comprendere quali siano gli aspetti che si associano alla mancata richiesta di aiuto psicologico in questi individui, al fine di prevenire l'aggravarsi della condizione e/o la cronicizzazione della stessa.

In letteratura sono rintracciabili alcuni studi che indagano questa tematica (Ali et al., 2020; Hamilton et al., 2021), tuttavia tali dati risultano essere pressoché mancanti in

riferimento al contesto italiano; per questo motivo, in questa trattazione ci soffermeremo sui risultati ottenuti dalla componente italiana di questa ricerca, al fine di apportare un contributo rilevante per l'elaborazione di interventi futuri preventivi anche nel nostro contesto nazionale.

L'obiettivo principale di questa ricerca risulta essere la comprensione delle barriere alla ricerca di aiuto psicologico da parte di individui con sintomatologia tipica degli EDs, ponendo a confronto un gruppo considerato clinico, composto da individui il cui punteggio totale ottenuto all'*Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn et al., 2008) risulta essere superiore al *cut off* clinico pari a 4 (Fairburn et al., 2008), e un gruppo subclinico, composto da individui con un punteggio inferiore a questo valore. Il confronto tra una popolazione che presenta una sintomatologia considerata di rilevanza clinica e una popolazione a rischio di sviluppare tali sintomi conclamati, permette di comprendere come le attitudini alla ricerca di aiuto e la percezione di barriere verso questo processo di ricerca possano evolversi nel tempo in base alla sintomatologia, permettendo di elaborare degli interventi psicologici che prendano in considerazione anche la fase specifica in cui l'individuo si trova. Permette, inoltre, di cogliere l'impatto della gravità della sintomatologia alimentare sulle barriere alla ricerca di aiuto psicologico.

In aggiunta all'indagine delle barriere, si è voluto esaminare quali fossero gli atteggiamenti e le convinzioni di tali individui in merito alla ricerca di aiuto professionale, indagando la presenza di differenze tra un gruppo considerato clinico e un gruppo subclinico. Questa componente, di fatto, risulta essere strettamente correlata alla percezione di barriere alla ricerca di trattamento psicologico; in letteratura, infatti, è stata rilevata una peggiore attitudine alla ricerca di trattamento psicologico in coloro che riportano di percepire un maggior numero di barriere alla ricerca di trattamento (Ali et al., 2016; Rickwood et al., 2007). Questa componente può divenire il *target* di interventi

preventivi, focalizzati sul miglioramento delle attitudini e delle intenzioni dei pazienti a ricercare un trattamento psicologico.

Sulla base della letteratura esistente, sono state formulate alcune ipotesi in merito agli obiettivi presentati:

1. Si ipotizza la presenza di un maggior numero di barriere alla ricerca di trattamento professionale, che risulta di conseguenza maggiormente ostacolato, nel gruppo considerato clinico (Liu et al., 2022); numerose sperimentazioni, infatti, riportano come individui affetti da EDs tendano a riferire una grande quantità di barriere di tipo psicologico, sociale e pratico alla ricerca di trattamento (alcuni esempi di barriere frequentemente riconosciute sono la svalutazione della propria persona che comporta il non sentirsi degni di ricevere aiuto, la negazione dei sintomi a causa dell'egosintonia con cui vengono vissuti, la mancanza di motivazione al cambiamento, la paura del cambiamento), tali da ostacolare la loro ricerca e richiesta di aiuto (Liu et al., 2022).
2. È stata ipotizzata la presenza di una peggiore attitudine alla ricerca di aiuto professionale nel gruppo considerato clinico rispetto al gruppo di individui a rischio; questo potrebbe essere determinato dalla maggiore gravità dei sintomi, i quali potrebbero comportare una minore motivazione alla ricerca di un cambiamento per la propria condizione (Ali et al., 2016).
3. Infine, è stato ipotizzato che alcuni fattori demografici, quale il livello di scolarità dell'individuo e l'età, potrebbero essere fattori rilevanti per l'attitudine alla ricerca di intervento professionale: è stato infatti riscontrato che individui con minore scolarità presentano una peggiore attitudine e predisposizione alla ricerca di aiuto professionale (Ten Have et al., 2010; Roskar et al., 2017). È stato inoltre osservato che individui in età preadolescenziale o anziani siano meno propensi a ricercare un trattamento psicologico rispetto a giovani adulti e adulti (Kessler et al., 2005; Eisenberg et al., 2011).

## 4.2 Metodo

### 4.2.1 Partecipanti

Prima della diffusione dello strumento di rilevazione dati, sono stati formulati alcuni criteri di inclusione: la ricerca era indirizzata a 1) coloro che presentavano un'età pari o superiore a 18 anni, 2) che erano di nazionalità italiana e 3) che avevano e/o avevano avuto sintomatologia alimentare per la quale non avevano ricercato alcuna forma di trattamento professionale.

Il campione finale della ricerca è composto da 243 partecipanti, in cui l'età varia da un minimo di 18 anni a un massimo di 61 ( $M = 27.91$ ;  $DS = 8.87$ ); il 97.71% dei partecipanti si identifica con il genere femminile, mentre unicamente 8 si identificano con il genere maschile, inclusi nel campione al fine di salvaguardare il maggior numero possibile di compilazioni portate a completamento dai partecipanti alla ricerca.

Questi partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi sulla base dei punteggi ottenuti all'EDE-Q (vedere la sezione strumenti): il gruppo clinico e quello subclinico. Il primo è composto da partecipanti che presentano un punteggio al di sopra del valore di *cut off* clinico dell'EDE-Q, pari a 4; questo gruppo è composto da 109 partecipanti, la cui età varia da un minimo di 18 a un massimo di 61 anni ( $M = 26.43$ ;  $DS = 8.19$ ), di cui 103 di genere femminile (pari al 94.5% del campione).

Il secondo gruppo, invece, si compone di individui che risultano essere a rischio di sviluppare un comportamento alimentare disfunzionale ma che non presentano punteggi all'EDE-Q superiori al valore di *cut-off* clinico; tale gruppo si compone di 134 partecipanti, di cui 132 identificati con il genere femminile (pari al 98.51% del campione), con un'età che varia da 18 a 60 anni ( $M = 29.11$ ;  $DS = 9.24$ ).

Le caratteristiche demografiche riguardo i partecipanti, in termine di età, genere, massimo livello di scolarità raggiunto, occupazione, condizione finanziaria e area

residenziale e, infine, *Body Mass Index* (BMI), sono raggruppate all'interno della

Tabella 1.

	<b>Campione totale N=243 n(100%)</b>	<b>Campione clinico N=109 n(44.9%)</b>	<b>Campione subclinico N=134 n(55.1%)</b>
<b>Età media (DS)</b>	27.91 (8.87)	26.43 (8.19)	29.11 (9.24)
<b>Genere</b>			
Femminile	235 (97.71%)	103 (94.50%)	132 (98.51%)
Maschile	8 (2.29%)	6 (5.50%)	2 (1.49%)
Altro	0	0	0
<b>Scolarità</b>			
Primaria	0	0	0
Secondaria 1°	15 (6.17%)	9 (8.26%)	6 (4.48%)
Secondaria 2°	116 (47.74%)	58 (53.21%)	58 (43.28%)
L. Triennale	51 (20.99%)	23 (21.10%)	28 (20.90%)
L. Magistrale	44 (18.11%)	12 (11.01%)	32 (23.88%)
Dottorato	2 (0.82%)	0	2 (1.49%)
Corsi o Master	15 (6.17%)	7 (6.42%)	8 (5.97%)
<b>Occupazione</b>			
Studente	108 (44.44%)	54 (49.54%)	54 (40.30%)
Full time	80 (32.92%)	28 (25.69%)	52 (38.81%)
Part time	18 (7.41%)	9 (8.26%)	9 (6.72%)
Disoccupato	12 (4.94%)	11 (10.09%)	1 (0.75%)
Pensione	0	0	0
In congedo	2 (0.82%)	0	2 (1.49%)
Altro	23 (9.47%)	7 (6.42%)	16 (11.94%)
<b>Condizione finanziaria</b>			
NonSufficiente	13 (5.35%)	8 (7.34%)	5 (3.73%)
AppenaSufficiente	74 (30.45%)	42 (38.53%)	32 (23.88%)
Sufficiente	135 (55.56%)	53 (48.62%)	82 (61.19%)
PiùSufficiente	21 (8.64%)	6 (5.50%)	15 (11.19%)
<b>Area residenziale</b>			
Urbana	98 (40.33%)	43 (39.45%)	55 (41.04%)
Suburbana	118 (48.56%)	57 (52.29%)	61 (45.52%)
Rurale	19 (7.82%)	7 (6.42%)	12 (8.96%)
Altro	8 (3.29%)	2 (1.83%)	6 (4.48%)
<b>BMI media (DS)</b>	22.43 (5.46)	22.31 (5.65)	22.52 (5.32)

Tabella 1: Distribuzione di frequenza delle caratteristiche demografiche dei partecipanti.<sup>1</sup>

I valori relativi ai punteggi ottenuti alle diverse scale che compongono il questionario, rispettivamente per il campione totale, gruppo clinico e subclinico, sono presentati all'interno della Tabella 2.

<sup>1</sup> NOTA: BMI = *Body Mass Index*

	<b>Campione totale Media (DS)</b>	<b>Campione clinico Media (DS)</b>	<b>Campione subclinico Media (DS)</b>
<i>EDE-Q totale</i>	3.60 (1.42)	4.85 (0.53)	2.58 (1.06)
<i>Restrizione</i>	3.09 (1.76)	4.36 (1.23)	2.06 (1.42)
<i>Preoccupazione alimentare</i>	3.01 (1.61)	4.29 (0.90)	1.97 (1.27)
<i>Preoccupazione forma corporea</i>	4.37 (1.50)	5.52 (0.48)	3.44 (1.40)
<i>Preoccupazione peso corporeo</i>	3.93 (1.60)	5.25 (0.66)	2.86 (1.31)
<i>CIA totale</i>	25.69 (13.65)	35.68 (7.98)	17.57 (11.80)
<i>ATSPPH totale</i>	23.86 (4.52)	23.4 (4.57)	24.22 (4.46)
<i>OSTEP</i>	11.97 (2.58)	11.83 (2.44)	12.07 (2.70)
<i>VNST</i>	11.89 (2.73)	11.57 (2.92)	12.15 (2.54)
<i>SSRPH totale</i>	9.04 (3.24)	9.07 (4.01)	7.93 (3.65)

Tabella 2: Punteggi totali ottenuti ai questionari e alle rispettive sottoscale, divisi in gruppo clinico e subclinico. <sup>2</sup>

#### 4.2.2 Procedura

Questa ricerca si inserisce all'interno di un più ampio progetto di ricerca, ideato dal Professor Ata Ghaderi e dal suo gruppo di ricerca presso il Karolinska Institutet di Stoccolma. La ricerca è stata progettata per indagare le motivazioni alla base della mancanza di ricerca di trattamento psicologico in individui con EDs/a rischio di EDs in diverse nazioni, in particolare Svezia, Turchia, Portogallo, Stati Uniti d'America, Spagna, Grecia e Italia. La ricerca ha previsto la somministrazione di un questionario *self-report* in modalità *online*, composto da sezioni qualitative e quantitative, finalizzato a indagare la sintomatologia alimentare presente nei partecipanti, nonché l'eventuale livello di compromissione funzionale, le attitudini e le intenzioni alla ricerca di intervento psicologico, le barriere che vengono percepite alla realizzazione di tale ricerca e la percezione di stigmatizzazione sociale.

---

<sup>2</sup> EDE-Q = *Eating Disorders Examination Questionnaire*; CIA = *Clinical Impairment Assessment*; ATSPPH = *Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help*; OSTEP = *Openness to Seeking Treatment for Emotional Problems*; VNST = *Value and Need in Seeking Treatment*; SSRPH = *The Social Stigma of Receiving Psychological Help*.

Questo progetto nasce all'interno di un contesto inglese, di conseguenza è stato necessario effettuare un processo di traduzione per tutti i questionari di cui non risultava essere disponibile una versione italiana validata. La prima fase di questa ricerca ha quindi previsto un lavoro di *backward-forward translation*, un processo di traduzione della versione originale in lingua italiana, seguendo le linee guida di Beaton et al., (2000). Tale processo ha previsto la presenza di due individui con elevate competenze nelle due lingue prese in considerazione, italiana e inglese; uno di questi possedeva una conoscenza approfondita delle tematiche che sono state affrontate nella ricerca; l'altro professionista, invece, non risultava avere un grado elevato di *expertise* in merito al *topic* oggetto d'esame coerentemente con quanto richiesto dalle linee guida prese in considerazione. I due professionisti hanno eseguito individualmente il processo di traduzione che è stato posto in un secondo momento a confronto (fase di *forward translation*), discutendo di eventuali incongruenze presenti tra le due versioni. Infine, nella fase di *backward translation*, è stata effettuata una traduzione nella lingua originaria del questionario, quella inglese, giudicata da un individuo madrelingua inglese al fine di identificare eventuali termini ambigui o non chiari (Beaton et al., 2000). Sono state oggetto di questo processo di traduzione la sezione iniziale del questionario, la quale riportava una breve descrizione delle finalità della ricerca e delle caratteristiche della stessa, sottolineando la durata stimata della compilazione del questionario (circa 20 minuti) e garantendo il rispetto dell'anonimato del partecipante. In questa prima sezione è stato in aggiunta chiesto al partecipante di fornire il proprio consenso informato per la partecipazione alla ricerca, al fine di poter utilizzare in un secondo momento i dati raccolti; sono inoltre inseriti elementi identificativi del responsabile della ricerca e di coloro che era possibile contattare al fine di richiedere eventuali informazioni, nonché una presentazione dei risultati della ricerca stessa.

Non essendo disponibili le versioni italiane validate dei questionari BATSH-ED (Ali et al., 2020) e SSRPH (Komiya et al., 2000; vedere la sezione strumenti), è stata effettuata la traduzione in italiano di questi, la cui compilazione risulta fondamentale per comprendere rispettivamente l'importanza attribuita dai partecipanti alle diverse barriere alla ricerca di trattamento psicologico e la percezione di stigmatizzazione da parte del proprio contesto sociale di riferimento. Questo processo di traduzione ha coinvolto, inoltre, una componente qualitativa, la quale è stata utilizzata al fine di comprendere quale fosse la percezione che gli individui avevano in merito alla propria condizione, chiedendo di indicare, tra una serie di tre vignette rappresentanti la patologia alimentare nei suoi tre sottotipi, quella che risultava essere maggiormente descrittiva della propria condizione odierna e/o passata.

Nella sezione finale dello strumento sono state inserite alcune domande aperte, finalizzate a sondare l'esperienza dell'individuo, passata e/o attuale, con i professionisti di salute mentale, richiedendo di argomentare quali fattori potrebbero risultare rilevanti per una mancata richiesta di aiuto professionale, nonché quali possano essere i facilitatori della stessa. La compilazione si conclude con l'esplicitazione dei contatti di coloro che hanno preso parte alla realizzazione della ricerca e che risultano essere disponibili per rispondere ad eventuali dubbi e/o fornire indicazioni sui risultati finali ottenuti dalla stessa; in questa parte conclusiva, inoltre, sono stati inseriti i recapiti di strutture da contattare in caso di problematiche alimentari e/o in caso di situazioni di emergenza.

A seguito della fase di traduzione dello strumento, è stato creato un sito *web* (Figura 1) e una pagina *social* relativa al progetto di ricerca, al fine di pubblicizzare lo stesso e favorire una più ampia partecipazione al questionario. Il sito *web* è stato creato tramite la piattaforma *wix.com*, in cui è stata inserita una presentazione del progetto in questione, inserendo i recapiti che potessero risultare funzionali sia per la ricerca di

aiuto nel caso di sintomatologia alimentare, sia per eventuali domande in merito al progetto di ricerca; in questo sito *web* è stato inoltre inserito un *link* diretto al questionario, tramite il quale è possibile procedere alla compilazione dello stesso.



Figura 1: pagina iniziale del sito [www.barrieredca.com](http://www.barrieredca.com)

È stata inoltre creata una pagina *Instagram* (Figura 2), principale strumento utilizzato per la pubblicizzazione del progetto; sono stati infatti creati diversi *post* nel corso dei mesi, finalizzati ad aumentare le conoscenze degli individui in merito agli EDs e al progetto di ricerca in questione, sottolineando l'importanza che la raccolta di questa tipologia di informazioni potrebbe avere per la progettazione di interventi preventivi futuri. Al fine di aumentare la risonanza di questa ricerca, oltre all'utilizzo di sponsorizzazioni a pagamento, sono state contattate pagine e professionisti specializzati

nel trattare tematiche analoghe a quella di nostro interesse, chiedendo una collaborazione e una pubblicizzazione del progetto di ricerca.



Figura 2: alcuni post presenti nella pagina Instagram @barrieretrattamentodca.

Il reclutamento dei partecipanti e la compilazione del questionario sono stati realizzati tramite l'utilizzo della piattaforma di raccolta dati *RedCap* (*Research Electronic Data Capture*, versione 13.1.28, accesso fornito da *Karolinska Institutet*), la quale ha permesso di creare il questionario, suddividendolo in diverse sezioni. Durante questa fase, sono state raccolte 1074 compilazioni per il campione italiano; ai fini di questa trattazione il gruppo di ricerca ha fornito il permesso di utilizzarne 574. A conclusione della fase di reclutamento, è stato eseguito un lavoro di pulizia dei dati, escludendo coloro che non aderivano ai criteri di inclusione elaborati inizialmente, le compilazioni incomplete nelle due sezioni del questionario ritenute fondamentali per la persecuzione dei nostri obiettivi, ovvero l'EDE-Q (Fairburn et al., 2014; Calugi et al., 2016) e il BATSH-ED (Ali et al., 2020), nonché di coloro che mostravano un tempo di compilazione per *item* inferiore a 3 secondi, indice di una compilazione non accurata; a conclusione di tale azione il campione totale è risultato composto da 243 partecipanti.

#### 4.2.3 Strumenti

- Scheda informativa

Nella fase iniziale del questionario sono state raccolte informazioni di natura demografica quali età, genere, livello di scolarità, tipologia di occupazione, condizione finanziaria, zona di residenza, lingua madre.

- *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994, Calugi et al., 2016)

L'EDE-Q è un questionario *self-report* formato da 28 *item*, il quale si propone di individuare la presenza, frequenza e gravità di comportamenti associati agli EDs negli ultimi 28 giorni, sia in popolazioni cliniche sia subcliniche. Tale questionario è composto da quattro sottoscale, rispettivamente: preoccupazione verso l'alimentazione, preoccupazione verso la forma corporea, preoccupazione verso il peso corporeo e, infine, restrizione; il punteggio totale si ottiene dalla somma di ciascun punteggio ottenuto a tali sottoscale.

Ciascun *item* prevede l'attribuzione di un punteggio su di una scala *Likert* a 7 punti, da 0 ("mai", "per niente") a 6 ("ogni giorno", "notevolmente"); sono in aggiunta previste alcune domande aperte in cui viene valutata la frequenza con cui comportamenti di compensazione ed episodi di oggettivo *binge-eating* vengono messi in atto (quali l'*item* numero 13 "Negli ultimi 28 giorni, quante volte ha mangiato quello che altri considererebbero come una quantità di cibo insolitamente elevata?" e 18 "Negli ultimi 28 giorni, quante volte ha messo in atto esercizio fisico eccessivo e compulsivo come mezzo controllo del peso, della forma del suo corpo o della quantità di grasso o per bruciare calorie?").

Nella parte conclusiva del questionario viene richiesto all'individuo di indicare la migliore stima del proprio peso corporeo e della propria altezza attuali, funzionali per il successivo calcolo del BMI del partecipante.

Nella versione originale dello strumento (Fairburn & Beglin, 1994) la consistenza interna è stata indicata come accettabile, individuando un  $\alpha$  di Cronbach compreso tra

0.74 (restrizione) e 0.89 (preoccupazione per la forma corporea) negli uomini, mentre risulta essere compreso tra 0.75 (restrizione) e 0.93 (preoccupazione per la forma corporea) nelle donne (Rose et al., 2013).

L'affidabilità *test re-test*, ottenuta compilando il questionario in due momenti distinti a distanza di una settimana, risulta essere elevata per tutte e quattro le sottoscale ( $r$  compreso tra 0.75 e 0.91) e per il punteggio totale ( $r = 0.92$ ) sia per gli uomini sia per le donne in un campione di studenti e studentesse universitari/e (Rose et al., 2013).

La versione italiana dello strumento (Calugi et al., 2016) presenta un  $\alpha$  di Cronbach maggiore di 0.79 sia per il punteggio totale sia per i punteggi relativi alle singole sottoscale (Calugi et al., 2016), indicando una consistenza interna da buona a eccellente.

L'affidabilità *test re-test*, ottenuta somministrando il questionario una seconda volta a distanza di 7-22 giorni dalla prima somministrazione, per il punteggio totale al questionario e per le sottoscale presenta valori da buoni a eccellenti, associandosi a valori della  $\rho$  di Spearman compresi tra 0.66 (preoccupazione per il peso corporeo) a 0.83 (restrizione) per le sottoscale (Calugi et al., 2016), e risultando pari a 0.80 per il punteggio totale.

Un punteggio pari o superiore a 4 viene considerato come *cut off* clinico e da sottoporre ad adeguata attenzione clinica; sulla base di tale *cut off*, riferito al punteggio globale, è stata effettuata la distinzione tra i due gruppi, clinico e subclinico, in questa sperimentazione.

- *Clinical Impairment Assessment* (CIA, Bohn & Fairburn, 2008; Calugi et al., 2017)

Questo questionario è uno strumento *self-report* composto da 16 *item* su una scala *Likert* a 4 punti, da 0 (“per nulla”) a 3 (“molto”), il quale permette di comprendere il livello di alterazione del funzionamento psicosociale dell’individuo a causa della sintomatologia alimentare, considerando come periodo temporale gli ultimi 28 giorni.

La compilazione di questo strumento è indicata per individui aventi un'età compresa tra i 17 e i 65 anni, preferibilmente conseguentemente alla compilazione dell'EDE-Q o di un questionario analogo finalizzato all'indagine della sintomatologia alimentare attuale.

Le sezioni di questo strumento indagano il tono dell'umore e l'auto-percezione, il funzionamento cognitivo, il funzionamento interpersonale e quello professionale.

La consistenza interna dello strumento nella versione originale risulta essere elevata, considerando una popolazione clinica *pre* e *post* trattamento, in quanto l' $\alpha$  di Cronbach è risultato pari a 0.97. La stabilità *test re-test* presentava una media pari a 10.56 (DS = 7.58) prima del trattamento e di 9.02 (DS = 8.18;  $p = 0.02$ ) alla fine del trattamento (Bohn et al., 2008), indice di una stabilità *test re-test* accettabile; il coefficiente di correlazione intraclassi è risultato pari a 0.86 (95% CI 0.75–0.92;  $p < 0.001$ ).

La validazione italiana dello strumento, riporta un  $\alpha$  di Cronbach pari a 0.94 per il punteggio totale, indicando un'eccellente consistenza interna (Calugi et al., 2017). Per quanto concerne la stabilità *test re-test*, testata somministrando il questionario una seconda volta a distanza di 7-24 giorni, si riscontrava una media pari a 32.7 (DS = 11.1) prima del trattamento e di 31.3 (DS = 12.1;  $p = 0.212$ ) alla fine del trattamento, indicando la presenza di una sufficiente stabilità temporale dello strumento; il coefficiente di correlazione di Spearman risulta essere pari a 0.74 per il punteggio totale (Calugi et al., 2017), mentre il coefficiente di correlazione intraclassi è risultato pari a 0.86 (95% CI 0.76-0.92;  $p < 0,001$ ).

Il punteggio finale si ottiene dalla somma di ciascuna risposta fornita ai 16 *item*, arrivando a un punteggio massimo di 48; maggiore è il punteggio ottenuto al questionario e maggiore è l'impatto che la patologia svolge a livello personale, sociale e cognitivo. Per il questionario è presente un *cut off* clinico, ovvero un punteggio globale pari a 16, al di sopra del quale si tende a considerare la presenza di un'alterazione

cl clinicamente significativa e necessaria di attenzione; questo valore di *cut off* è stato associato a una sensibilità del 76% e una specificità dell'86% (Bohn et al., 2008).

- *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale- Short Form* (ATSPPH-SF, Fisher & Farina, 1995; Rossi & Mannarini, 2019)

Questo strumento rappresenta una versione ridotta dell'originale questionario creato da Fischer & Turner (1970), con il quale la correlazione tende a essere elevata ( $r = 0.87$ ; Fisher & Farina, 1995); si compone di 10 *item*, ognuno dei quali richiede di indicare un valore su una scala Likert a quattro punti, da 0 ("non concordo") a 3 ("concordo"), permettendo di ottenere un punteggio totale che può variare tra 0 e 30, in cui punteggi più elevati indicano un'attitudine più favorevole alla ricerca di aiuto psicologico professionale. Comprende *item* quali "potrei ricercare in futuro un aiuto psicologico", "una persona dovrebbe lavorare in autonomia sui propri problemi, richiedere aiuto psicologico dovrebbe essere l'ultima alternativa contemplata" e "i problemi personali ed emotivi, come molti altri, tendono a risolversi da soli" (Fisher & Farina, 1995). È possibile individuare due sottoscale, "*Openness to Seeking Treatment for Emotional Problems*" e "*Value and Need in Seeking Treatment*".

La consistenza interna risulta essere ottima, riportando un valore di  $\alpha$  di Cronbach compreso tra 0.82 e 0.84 (Fischer & Farina, 1995), la stabilità *test-retest* dopo un mese dalla prima compilazione risulta essere pari a 0.80 (Fisher & Farina, 1995), indicando una buona stabilità.

La versione italiana di questo questionario nella sua forma breve, si associa a una consistenza accettabile sia per le sottoscale sia per il punteggio globale, indicando valori di affidabilità massima pari a 0.95 per la sottoscala OSTEP e 0.75 per la sottoscala VNST, mentre il coefficiente di consistenza interna per l'intero strumento risultava pari a 0.84 (Rossi & Mannarini, 2019). Non risultano al momento essere disponibili

informazioni circa l'affidabilità *test re-test* di questo strumento nella sua validazione italiana.

- *Barriers toward Seeking Help Scale – Eating Disorders* (BATSH-ED; Ali et al., 2020)

Questo questionario *self-report*, è il risultato di una revisione sistematica delle barriere percepite nella fase di ricerca di aiuto psicologico per gli EDs (Ali et al., 2020). Ciascun *item* richiede di indicare su una scala *Likert* a 4 punti il grado con cui l'individuo condivide l'affermazione riportata, variando da 1 a 4 (da “fortemente in disaccordo” a “fortemente d'accordo”).

All'interno della versione originale di questo questionario (Ali et al., 2017), composta da 40 *item*, sono stati individuati 15 *cluster* in cui è possibile collocare i vari *item*: stigma e vergogna, negazione e incapacità a percepire la gravità della patologia, barriere pratiche, mancanza di motivazione al cambiamento, attitudine negativa verso il trattamento, mancanza di supporto dagli altri, mancanza di conoscenze in merito agli interventi e risorse disponibili, mancanza di conoscenze adeguate in merito agli EDs, uso di altre risorse, esperienze negative con i trattamenti, preoccupazione per gli altri e comorbidità. Nella versione ridotta, composta da 38 *item* e utilizzata in questa ricerca, il *cluster* “uso di altre risorse” non viene preso in considerazione (Ali et al., 2020).

Non esistendo una validazione italiana di questo strumento, è stata eseguita la traduzione dello stesso (vedere sezione Procedura), individuando successivamente un eccellente livello di consistenza interna, con un valore di  $\alpha$  di Cronbach pari a 0.94.

- *The Social Stigma of Receiving Psychological Help* (SSRPH; Komiya et al., 2000)

Tale questionario *self-report* risulta essere composto da 5 *item*, ognuno dei quali prevede una scala *Likert* a 4 punti, da 0 (“fortemente in disaccordo”) a 3 (“fortemente d'accordo”). La finalità iniziale di questo strumento risultava essere la rilevazione della

percezione di stigmatizzazione sociale da parte dell'individuo; nonostante questo, ricerche successive hanno dimostrato come esso sia in grado di fornire informazioni in merito alla tendenza dell'individuo a ricercare un intervento psicologico per migliorare le proprie difficoltà (Vogel et al., 2007). Esempi di *item* sono “ricercare aiuto psicologico si associa a stigma sociale” e “le persone giudicano negativamente coloro che ricercano aiuto psicologico”. La consistenza interna del questionario risulta essere buona, riportando un valore  $\alpha$  di Cronbach pari a 0.80 (Logsdon et al., 2009).

Anche in questo caso non è presente attualmente una versione validata in lingua italiana, di conseguenza è stata effettuata la traduzione di questo strumento (vedere sezione Procedura), individuando un valore di  $\alpha$  di Cronbach pari a 0.79, indicante una consistenza interna buona.

#### *4.3 Analisi dati*

Tutte le analisi statistiche sono state condotte tramite l'utilizzo del *software* R versione 4.2.1 per macOS Ventura versione 13.0.1.

Nella prima fase sono state eseguite le statistiche descrittive del campione al fine di indagare le caratteristiche sociodemografiche della popolazione presa in considerazione; in particolare sono state individuate le distribuzioni di frequenza in merito al genere dei partecipanti, scolarità, occupazione, livello finanziario ed area residenziale, sono state inoltre calcolate media e deviazione *standard* circa l'età dei partecipanti e il loro BMI. Queste statistiche sono state calcolate per il campione totale di partecipanti, per il gruppo clinico e il gruppo subclinico.

Al fine di individuare la frequenza con cui le singole barriere presentate all'interno del BATSH-ED venivano riconosciute come comuni dagli individui, nel campione totale e nei due gruppi considerati, dopo aver ricodificato come variabili dicotomiche le risposte fornite dai partecipanti a ciascun *item*, assegnando rispettivamente valore di 0 se il

punteggio assegnato risultava essere inferiore a 3, e 1 se risultava essere pari o superiore a questo valore, sono state calcolate le loro distribuzioni di frequenza. Si è ritenuto utile considerare le barriere non come singoli *item* presenti nello strumento quanto come *cluster* di *item*, seguendo la classificazione di Ali et al. (2020); è infatti possibile individuare i seguenti raggruppamenti di *item*: stigma e vergogna, negazione e incapacità a percepire la gravità della patologia, barriere pratiche, mancanza di motivazione al cambiamento, attitudine negativa verso il trattamento, mancanza di supporto dagli altri, mancanza di conoscenze in merito agli interventi e risorse disponibili, mancanza di conoscenze adeguate in merito agli EDs, esperienze negative con i trattamenti sperimentati in passato, preoccupazione per gli altri e comorbidità. Al fine di indagare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative circa il livello di importanza attribuito a ciascun *cluster* di barriere tra gruppo clinico e gruppo subclinico, è stata condotta una statistica Chi Quadrato di *Pearson* ( $\chi^2$ ) considerando ciascun *cluster* di *item*. È stato inoltre calcolato in un secondo momento anche l'*effect size* Phi  $\phi$  associato a tale statistica, al fine di comprendere la portata di tali differenze eventualmente riscontrate, seguendo la seguente formula:

$$\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}$$

In cui  $n$  indica la numerosità del campione considerato; tale *effect size* viene considerato come piccolo in caso di valori pari a 0.1, modesto per valori pari a 0.3 ed elevato in caso di valori superiori a 0.5.

Al fine di comprendere se fosse presente una relazione tra la quantità e gravità di sintomi alimentari clinicamente significativi, indicata dal punteggio totale ottenuto all'EDE-Q, e l'attitudine alla ricerca di aiuto professionale, rilevabile dal punteggio totale ottenuto all'ATSPPH, è stata calcolato il coefficiente di correlazione di *Pearson* ( $r$ ) tra questi due valori, per ciascuno dei gruppi considerati.

Per sondare l'ipotesi per la quale a un maggiore livello di alterazione del funzionamento corrispondesse una peggiore attitudine alla ricerca di aiuto professionale, è stato calcolato nuovamente il coefficiente di correlazione di *Pearson (r)* considerando i punteggi totali ottenuti allo strumento CIA e i valori totali riscontrati nell'ATSPPH. Il punteggio totale ottenuto al questionario ATSPPH è stato anche preso in considerazione all'interno di una statistica *test t di Student* per campioni indipendenti, al fine di vagliare l'eventuale presenza di differenze significative in merito all'attitudine alla ricerca di aiuto professionale tra individui appartenenti al gruppo clinico e coloro che erano invece parte del gruppo subclinico. Un ulteriore aspetto che è stato preso in considerazione per vagliare le differenze tra gruppo clinico e subclinico è il livello globale di stigma sociale percepito dagli individui, rilevabile dall'osservazione dei punteggi totali ottenuti al questionario SSRPH; tali punteggi sono stati analizzati con un *test t di student* per campioni indipendenti, ponendo a confronto i due gruppi oggetto d'esame. Infine, per comprendere se vi fossero eventuali differenze nei livelli di attitudine alla ricerca di trattamento professionale sulla base del livello di scolarità dei partecipanti, è stata eseguita un'Analisi della Varianza (ANOVA), in cui la variabile continua presa in considerazione è il punteggio ottenuto all'ATSPPH, mentre il fattore a sette livelli è la variabile demografica della scolarità (Scuola Primaria, Scuola Secondaria di primo grado, Scuola Secondaria di secondo grado, Laurea Triennale, Laurea Magistrale, Dottorato, Corsi/Master). Si è voluto infine indagare se fosse presente una correlazione, calcolando il coefficiente di correlazione di *Pearson (r)*, tra l'età dei partecipanti e la loro attitudine a ricercare aiuto psicologico.

#### *4.4 Risultati*

##### *4.4.1 Attitudini alla ricerca di aiuto psicologico*

Non sono emerse differenze statisticamente significative ( $p = 0.16$ ) circa i valori di attitudine alla ricerca di aiuto psicologico tra gruppo clinico ( $M = 23.4$ ;  $DS = 4.57$ ) e subclinico ( $M = 24.22$ ;  $DS = 4.46$ ). Inoltre, contrariamente alle ipotesi iniziali, non si riscontra nel gruppo clinico una correlazione tra il livello di gravità dei sintomi alimentari e l'attitudine a ricercare un aiuto psicologico; il coefficiente di correlazione  $r$  di *Pearson*, infatti, risulta non statisticamente significativo ( $r = -0.02$ ;  $p = 0.83$ ). Si riscontra, invece, una correlazione negativa e debole, ma statisticamente significativa, nel gruppo subclinico ( $r = -0.19$ ;  $p = 0.03$ ) tra il livello di attitudine a ricercare aiuto e i punteggi totali ottenuti all'EDE-Q. Inoltre, per quanto riguarda la potenziale correlazione tra il livello di attitudine a ricercare aiuto psicologico con i livelli di alterazione del funzionamento, osservabile tramite i punteggi al CIA, non risultano correlazioni significative nei due gruppi (gruppo clinico:  $r = -0.04$ ;  $p = 0.71$ ; gruppo subclinico:  $r = -0.15$ ;  $p = 0.08$ ).

Al fine di valutare la presenza di una correlazione tra l'età dei partecipanti e la loro attitudine a ricercare un intervento psicologico, è stata calcolato il coefficiente di correlazione ( $r$ ) di *Pearson* tra queste due variabili, il quale non ha riportato risultati statisticamente significativi, né all'interno del gruppo clinico ( $r = -0.15$ ;  $p = 0.13$ ), né in quello subclinico ( $r = 0.09$ ;  $p = 0.28$ ).

Non si riscontrano, dall'ANOVA, differenze significative all'interno del gruppo clinico nei punteggi di attitudine a ricercare aiuto psicologico sulla base del livello di scolarità ( $F_{(4)} = 1.36$ ;  $p = 0.25$ ), come mostrato in Figura 3.

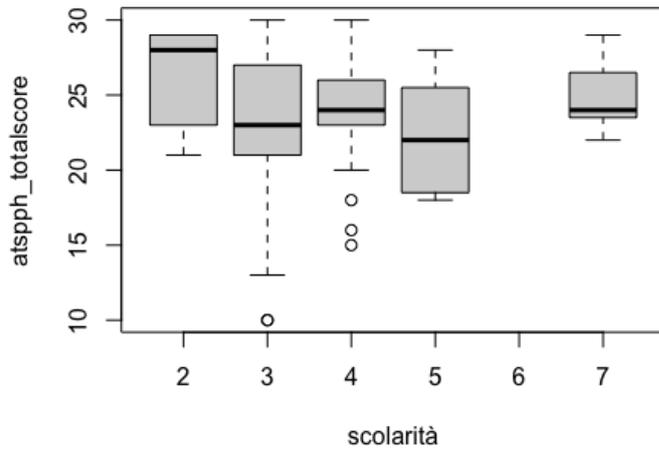


Figura 3: Rappresentazione ANOVA between in cui il fattore è il livello di scolarità, mentre la variabile continua è il punteggio totale ottenuto all'ATSPPH, all'interno del gruppo clinico.

Anche all'interno del gruppo subclinico non si riscontrano tali differenze statisticamente significative nei punteggi di attitudine a ricercare aiuto psicologico sulla base della scolarità raggiunta dai partecipanti ( $F_{(5)} = 0.24$ ;  $p = 0.95$ ), come presentato in Figura 4.

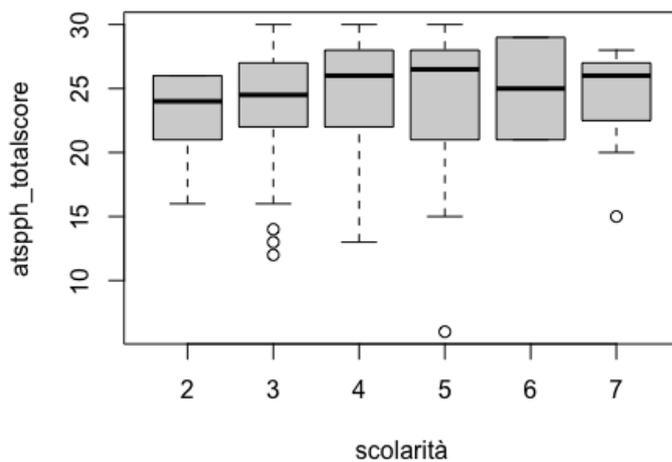


Figura 4: Rappresentazione ANOVA between in cui il fattore è il livello di scolarità, mentre la variabile continua è il punteggio totale ottenuto all'ATSPPH, all'interno del gruppo subclinico.

	Scolarità (clinico)			Scolarità (subclinico)		
	Media (DS)	F (4)	p	Media (DS)	F (5)	p
ATSPPH	23.40 (5.30)	1.36	0.25	24.22	0.24 (2.21)	0.95

Tabella 3: ANOVA in cui la variabile continua è il punteggio totale all'ATSPPH e il fattore la scolarità, nel gruppo clinico e subclinico.

#### 4.4.2 Barriere alla ricerca di trattamento psicologico

Il gruppo clinico considera come rilevanti un numero maggiore di *cluster* di barriere alla ricerca di trattamento psicologico rispetto al gruppo subclinico; in particolare, il *test* del Chi Quadrato di *Pearson* ( $\chi^2$ ), risulta essere statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) per tutti i *cluster* presi in considerazione, ad eccezione del *cluster* “autosufficienza”, “conoscenze in merito ai Eds” e “mancanza di incoraggiamento da parte di altri individui”, per i quali non vi sono differenze significative circa il livello di importanza che viene attribuito agli stessi, tra gruppo clinico e subclinico (Tabella 4). È importante sottolineare che l'*effect size* relativo a questi *test* risulta essere debole, ad eccezione dei *cluster* “comorbidità” e “preoccupazione per gli altri” in cui appare moderato.

All'interno della Tabella 4 è possibile osservare come i *cluster* vengano vissuti come fattori che comunemente ostacolano il processo di ricerca di intervento psicologico in maniera differente dai diversi partecipanti, riportando diverse percentuali di riconoscimento di tali barriere nel gruppo clinico e in quello subclinico.

Come viene segnalato dal *test t* di *Student* per campioni indipendenti ( $t = 2.29$ ;  $p = 0.02$ ) si riscontra una differenza significativa tra le medie dei punteggi di stigma sociale nella popolazione clinica e in quella subclinica; in particolare, i membri del gruppo clinico tendono a presentare maggiori livelli di stigma sociale percepito ( $M = 9.07$ ;  $DS = 4.01$ ) rispetto al gruppo subclinico ( $M = 7.93$ ;  $DS = 3.65$ ).

Campione totale (N=243)		N	%	Gruppo clinico (N=109)		N	%	Gruppo subclinico (N=134)		N	%	$\chi^2$ (p value)	Phi $\phi$
Preoccupazione per gli altri	0	130	53.5	Preoccupazione per gli altri	0	40	36.7	Preoccupazione per gli altri	0	90	67.16	21.22 (<0.001)	0.296
	1	113	46.5		1	69	63.3		1	44	32.84		
Autosufficienza	0	246	50.62	Autosufficienza	0	99	45.41	Autosufficienza	0	147	54.85	3.91 (0.048)	0.090
	1	240	49.38		1	119	54.59		1	121	45.15		
Perdere il controllo	0	502	51.65	Perdere il controllo	0	179	41.06	Perdere il controllo	0	323	60.26	34.75 (<0.001)	0.189
	1	470	48.35		1	257	58.94		1	213	39.74		
Negazione	0	652	67.08	Negazione	0	264	60.55	Negazione	0	388	72.39	14.73 (<0.001)	0.123
	1	320	32.92		1	172	39.45		1	148	27.61		
Stigma	0	1354	69.65	Stigma	0	523	59.98	Stigma	0	831	77.52	69.17 (<0.001)	0.189
	1	590	30.35		1	349	40.02		1	241	22.48		
Barriere pratiche	0	730	75.1	Barriere pratiche	0	301	69.04	Barriere pratiche	0	429	80.04	14.98 (<0.001)	0.124
	1	242	24.9		1	135	30.96		1	107	19.96		
Incapacità degli altri di dare supporto	0	525	72.02	Incapacità degli altri di dare supporto	0	205	62.69	Incapacità degli altri di dare supporto	0	320	79.6	24.76 (<0.001)	0.184
	1	204	27.98		1	122	37.31		1	82	20.4		
Attitudine negativa al trattamento	0	784	80.66	Attitudine negativa al trattamento	0	320	73.39	Attitudine negativa al trattamento	0	464	86.57	25.90 (<0.001)	0.163
	1	188	19.34		1	116	26.61		1	72	13.43		
Mancanza di conoscenze sui servizi	0	342	70.37	Mancanza di conoscenze sui servizi	0	134	61.47	Mancanza di conoscenze sui servizi	0	208	77.61	14.26 (<0.001)	0.171
	1	144	29.63		1	84	38.53		1	60	22.39		
Mancanza di conoscenze sui Eds	0	373	76.75	Mancanza di conoscenze sui Eds	0	162	74.31	Mancanza di conoscenze sui Eds	0	211	78.73	1.08 (0.299)	0.047
	1	113	23.25		1	56	25.69		1	57	21.27		
Mancanza di incoraggiamento	0	196	80.66	Mancanza di incoraggiamento	0	82	75.23	Mancanza di incoraggiamento	0	114	85.07	3.13 (0.077)	0.113
	1	47	19.34		1	27	24.77		1	20	14.93		
Comorbidità	0	307	63.17	Comorbidità	0	104	47.71	Comorbidità	0	203	75.75	39.43 (<0.001)	0.284
	1	179	36.83		1	114	52.29		1	65	24.25		
Esperienze negative precedenti	0	191	78.6	Esperienze negative precedenti	0	78	71.56	Esperienze negative precedenti	0	113	84.33	5.09 (0.024)	0.148
	1	52	21.4		1	31	28.44		1	21	15.67		

Tabella 4: Distribuzione di frequenza dei cluster di barriere presi in considerazione, nel gruppo totale, clinico e subclinico; sono presenti i valori ottenuti al test del Chi Quadrato e il rispettivo effect size.

#### 4.5 Conclusioni

Nonostante la gravità dei sintomi associati agli EDs, solo una minoranza di individui ricerca un trattamento psicologico per la propria condizione (Hart et al., 2011), la quale tende alla cronicizzazione nel tempo, compromettendo la qualità di vita e il benessere degli individui che presentano sintomi tipici degli EDs. La presente ricerca si è proposta di indagare i fattori alla base di questa mancata ricerca di trattamento, sondando quali siano le barriere e le attitudini a ricercare un intervento psicologico in una popolazione di individui con possibile EDs/a rischio di sviluppare EDs.

Coerentemente con le nostre ipotesi iniziali, il gruppo clinico riconosce come importanti un maggior numero di barriere tra quelle proposte all'interno del questionario BATSH-

ED, rispetto al gruppo subclinico; alcuni dei *cluster* di tali barriere riconosciuti più comunemente dagli individui che hanno ottenuto un punteggio clinico all'EDE-Q fanno riferimento alla presenza di sintomi associati a patologia alimentare vissuti con egosintonia: gli individui riportano frequentemente il desiderio di voler mantenere il controllo sulla propria condizione (“paura di perdere il controllo e del cambiamento”, riconosciuto come barriera dal 58.94% del gruppo clinico), occupandosene autonomamente senza ricorrere all’aiuto di altri individui (“autosufficienza” riconosciuto come barriera dal 54.59% del gruppo clinico), non ritenendo la gravità della propria sintomatologia tale da richiedere un intervento esterno (“negazione” riconosciuto come barriera dal 39.45% del gruppo clinico); a questo aspetto si aggiunge l’influenza di caratteristiche proprie della sintomatologia alimentare, quale la paura di non essere pronti ad affrontare il potenziale cambiamento che si verrà a presentare a seguito dell’inizio del trattamento, questo fattore rientra nella medesima dimensione della paura di perdere il controllo (è presente un unico *cluster* “paura di perdere il controllo e del cambiamento” riconosciuto dal 58.94% del gruppo clinico).

La volontà di affrontare le proprie difficoltà e i sintomi in autonomia è un elemento che accomuna il gruppo clinico e subclinico, in quanto risulta essere il fattore maggiormente percepito come ostacolo alla ricerca di trattamento da parte del gruppo subclinico (“autosufficienza” riconosciuto come barriera dal 45.15% del gruppo subclinico).

L’importanza delle caratteristiche tipicamente associate agli EDs e l’egosintonia elevata con cui vengono vissuti i comportamenti alimentari problematici, sia da coloro che presentano sintomi clinici sia dai partecipanti parte del gruppo subclinico, risultano essere coerenti con i risultati presenti in letteratura in merito a questo argomento; questi, infatti, individuano nell’egosintonia e nelle caratteristiche proprie della patologia alimentare dei fattori influenzanti il processo di richiesta di aiuto da parte dei pazienti (Liu, Hay & Conti, 2022).

Anche fattori di natura sociale risultano avere un ruolo rilevante nell'influenzare il processo di ricerca di un trattamento psicologico; di fatti, la paura di generare preoccupazione nel proprio gruppo sociale risulta essere il fattore più comunemente percepito come una barriera alla ricerca di trattamento psicologico tra i partecipanti appartenenti al gruppo clinico, i quali lo riconoscono come un fattore ostacolante (63.3%). In aggiunta a questo aspetto, e in linea con i risultati ottenuti dai partecipanti al SSRPH in cui venivano percepiti maggiori livelli di stigmatizzazione dai membri del gruppo clinico, lo stigma viene riconosciuto nel 40% dei partecipanti del gruppo clinico come una barriera alla ricerca di trattamento, in confronto al 22.48% dei partecipanti del gruppo subclinico; questo aspetto è coerente con le evidenze sperimentali elaborate in precedenza (Akey et al., 2013; Becker et al., 2010), le quali riconoscono nella stigmatizzazione, e nella paura delle conseguenze a essa associate, alcune delle barriere sociali più rilevanti nel processo di ricerca e richiesta di un trattamento psicologico, divenendo un ostacolo sempre più rilevante con l'aggravarsi della sintomatologia dell'individuo.

In linea con i risultati presenti in letteratura (Regan, Cachelin & Minnick, 2017), anche il *cluster* riferito alla comorbidità risulta essere un fattore comunemente ritenuto come ostacolo alla ricerca e alla richiesta di intervento psicologico da parte del gruppo clinico; in particolar modo, è stata indicata la frequente presenza di sintomatologia di natura ansiosa e/o depressiva, riconosciute rispettivamente come barriere comuni dal 48% e dal 55% dei partecipanti parte del gruppo clinico.

Un elemento che risulta essere in contrasto con quanto rilevato dalla letteratura (Kazdin et al., 2016) è lo scarso impatto che le barriere di tipo pratico dimostrano di avere sull'orientamento della scelta dell'individuo; nel gruppo clinico, di fatti, solo il 30.96% riporta di trovare come comune e rilevante questa componente, percentuale che scende al 19.96% se si prende in considerazione il gruppo subclinico. Questi risultati

potrebbero essere conseguenza delle caratteristiche del campione preso in esame, in cui più dell'88% riporta di risiedere in una zona urbana o suburbana e in cui solo il 5.35% riferisce di trovarsi in una condizione finanziaria non sufficiente (come riportato nella Tabella 1); di conseguenza, fattori quali l'assenza di mezzi di trasporto o il costo elevato dell'intervento psicologico, potrebbero non essere considerati delle barriere così comuni come invece è stato riscontrato in altre sperimentazioni (Kazdin et al., 2016). Un ulteriore elemento che potrebbe giustificare questi risultati, può essere rintracciato nelle caratteristiche specifiche del sistema sanitario preso in esame, quello americano (Kazdin et al., 2016) per esempio, risulta essere molto più oneroso e complesso se paragonato a quello italiano, rappresentando potenzialmente una barriera più comune alla ricerca di trattamento psicologico rispetto a quanto riscontrato nella nostra sperimentazione.

Contrariamente alle nostre ipotesi iniziali, l'attitudine a ricercare un intervento psicologico non è risultata differente tra gruppo clinico e subclinico; in aggiunta, non sono stati riscontrati minori livelli di ricerca di trattamento psicologico all'aggravarsi delle condizioni cliniche e del livello di alterazione funzionale negli individui appartenenti al gruppo clinico. Essendo la prima ricerca di questa tipologia che viene condotta all'interno del contesto italiano, questi risultati potrebbero essere riconducibili al fatto che le caratteristiche dei partecipanti che compongono il nostro campione potrebbero risultare differenti rispetto a quelle riscontrate in campioni di altre nazioni in cui sperimentazioni in merito a questo argomento sono state condotte (Ali et al., 2016; Rickwood et al., 2007); per questo motivo risulta essere fondamentale, partendo da questi risultati, elaborare sperimentazioni successive su campioni italiani, di modo da confermare e ampliare i risultati presentati in questa trattazione.

L'attitudine a ricercare un intervento psicologico, inoltre, non differisce sulla base del livello di scolarità e/o dell'età, contrariamente a quanto si era inizialmente ipotizzato.

L'assenza di correlazioni significative nell'attitudine dei partecipanti a ricercare un

aiuto psicologico sulla base della loro età potrebbe essere determinata dal fatto che la maggior parte dei partecipanti all'interno del campione ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni, risultando di conseguenza poco rappresentativo della popolazione generale, includente anche fasce di età inferiori e superiori; numerose sperimentazioni, infatti, hanno riportato una peggiore ricerca di trattamento in persone con un'età superiore ai 65 anni (Hart et al., 2011; Wuthrich & Frei, 2015), fascia di età non rappresentata dal nostro campione. Successive sperimentazioni focalizzate su tali fasce di età, non rappresentate dal nostro campione, potrebbero fornire risultati aggiuntivi in merito alla potenziale influenza che l'età possiede sull'attitudine a ricercare un intervento psicologico.

Per quanto riguarda la mancanza di correlazioni nei livelli di attitudine a ricercare aiuto psicologico sulla base del grado di scolarità, gli individui potrebbero avere conoscenze analoghe in merito agli EDs, nonostante presentino un *background* differente in termini di scolarità; la mancanza di conoscenze in merito agli EDs, di fatti, non viene indicata dai partecipanti come una comune barriera alla ricerca di aiuto psicologico (il 74.31% del gruppo clinico la indica come una barriera non comune), indice di una potenziale conoscenza nei partecipanti dei sintomi e delle caratteristiche proprie di questi disturbi. In conclusione, dai dati rilevati dalla nostra ricerca è possibile affermare che le principali barriere alla ricerca di trattamento psicologico tendono a essere connesse alle caratteristiche intrinseche della patologia, prima fra tutte l'egosintonia con cui vengono vissuti i sintomi stessi, la quale si associa al desiderio di mantenere il controllo sulla propria persona, e quindi sui sintomi, in una condizione di quanto più totale autosufficienza; questi aspetti possono potenzialmente determinare una scarsa motivazione a intraprendere un trattamento e ad accettare il conseguente cambiamento che ne deriva. In aggiunta, la comorbidità con altre patologie e/o con sintomi associati ad altre patologie risulta essere un ulteriore ostacolo rilevante per la ricerca

dell'individuo di un trattamento psicologico, individuando in particolar modo la presenza di sintomi ansiosi e/o depressivi come elementi che rendono ulteriormente difficoltoso ricercare e intraprendere un intervento di supporto psicologico.

Anche fattori di natura sociale tendono ad avere un ruolo rilevante in questo processo, tra questi il desiderio di non aumentare la preoccupazione del proprio sistema sociale di riferimento per il proprio stato di salute, associandosi alla conseguente volontà di risolvere la problematica in totale autonomia. Anche la paura di divenire oggetto di stigmatizzazione da parte del gruppo sociale è un ostacolo a ricercare un trattamento psicologico e motivo per cui frequentemente i pazienti tendono a convivere con la propria condizione anche per molti anni, andando incontro a una cronicizzazione e aggravamento del quadro sintomatologico (Akey et al., 2013).

Uno dei principali limiti di questa sperimentazione consiste nella modalità con cui il reclutamento è stato condotto, ovvero tramite *social network*. La diffusione del questionario tramite *Instagram*, infatti, non permette di ottenere un campione rappresentativo della popolazione, risultando accessibile unicamente a coloro che fanno uso frequente di tale *social* e che presentano dimestichezza con il mondo virtuale; in particolar modo, è una modalità di diffusione maggiormente accessibile agli individui adolescenti e giovani adulti, escludendo buona parte dei potenziali partecipanti più anziani. Questo potrebbe di conseguenza rappresentare la motivazione per cui il campione è risultato composto per la maggior parte da individui con un'età compresa tra i 20 e i 30 anni, non risultando rappresentativo di individui con un'età maggiore. Nonostante questa modalità abbia permesso di ottenere un grande numero di compilazioni in un intervallo di tempo relativamente ristretto, quasi la metà delle compilazioni tendeva a non essere utilizzabile a causa di una non accuratezza nella compilazione, o di una non aderenza ai criteri di inclusione prescelti. Infine, le sezioni

dello strumento comprendenti le vignette e le domande qualitative, in particolar modo, potevano risultare piuttosto informative circa la percezione del paziente della propria condizione ma, nella maggioranza dei casi, non sono state completate e, di conseguenza, non sono state prese in esame in questa trattazione.

Un ulteriore limite di questa sperimentazione è il numero estremamente ridotto di compilazioni completate da parte di individui che si sono identificati con il genere maschile, i quali sono stati inclusi al fine di preservare il maggior numero di compilazioni complete possibili, ma che non risulta fornire informazioni significative circa coloro che si identificano con questo genere.

Infine, è da sottolineare l'utilizzo di due scale, rispettivamente BATSH-ED e SSRPH, di cui non risulta essere disponibile una versione tradotta e validata in lingua italiana; di conseguenza, non è possibile usufruire delle informazioni circa le caratteristiche psicometriche di questi due strumenti, che sono stati unicamente oggetto del processo di traduzione. Tuttavia, la coerenza interna degli strumenti all'interno di questo campione è risultata buona, indice di una buona affidabilità dei risultati ottenuti.

Potrebbe risultare rilevante elaborare delle ricerche future indirizzate a gruppi di individui poco rappresentati, quali coloro che si identificano con il genere maschile e/o che possiedono un'età più elevata, al fine di ottenere delle informazioni in merito a questi aspetti anche in queste fasce di popolazione. Tali ricerche future, inoltre, potrebbero essere realizzate colmando alcuni limiti presenti nella nostra sperimentazione. Al fine di favorire il completamento anche delle sezioni qualitative dello strumento, infatti, si potrebbe presentare la sezione riferita alle vignette e alle domande aperte nella fase iniziale del questionario e non alla fine dello stesso; sarebbe inoltre preferibile l'utilizzo di scale per le quali risultano essere disponibili informazioni in merito alle proprietà psicometriche conseguenti a un processo di validazione delle stesse nella lingua italiana.

I risultati forniti da questa ricerca, tuttavia, rappresentano una prima risorsa su cui elaborare strategie preventive future; questo, è stato di fatti realizzato dal Prof. Ghaderi, il quale sulla base dei risultati emersi dalla medesima ricerca condotta sulla popolazione svedese ha elaborato un progetto preventivo in corso di sperimentazione. Osservando i nostri risultati, infatti, siamo in grado di affermare che alcuni fattori potrebbero essere utilizzati al fine di migliorare l'attitudine degli individui a ricercare un trattamento psicologico, facilitando il conseguente processo di ricerca di un intervento adeguato ai propri sintomi e alle proprie difficoltà; tra questi, sottolineare gli effetti positivi che una riduzione della sintomatologia alimentare può comportare per l'individuo e per i propri cari, potrebbe determinare un maggior coinvolgimento nel processo di ricerca di aiuto psicologico conseguentemente al desiderio di diminuire la preoccupazione degli altri, ma anche diminuendo la paura verso il cambiamento che si accompagna al trattamento. Elaborare degli interventi in cui il paziente mantiene un certo grado di controllo e di autonomia potrebbe soddisfare il bisogno di autosufficienza riportato dai partecipanti sia clinici che subclinici, favorendo in ultima analisi una maggiore ricerca e un maggior coinvolgimento nel processo trattamentale. Elaborare campagne di psicoeducazione per la popolazione generale, finalizzate anche alla riduzione della stigmatizzazione che spesso si accompagna alla sintomatologia associata a EDs, potrebbe permettere la diminuzione delle discriminazioni percepite dai partecipanti da parte del proprio gruppo sociale di riferimento, potenzialmente favorendo una loro maggiore apertura in merito ai propri sintomi non solo con il proprio sistema sociale di riferimento ma anche con professionisti di salute mentale. Infine, la presa in carico di eventuali disturbi presenti in comorbidità potrebbe eliminare ostacoli significativi al processo di ricerca di aiuto per i sintomi associati a patologia alimentare.

In generale, l'aumento delle conoscenze in merito a questi fattori fonte di ostacolo alla ricerca di trattamento psicologico permette di elaborare interventi preventivi focalizzati

sugli stessi, al fine di favorire una maggiore ricerca di aiuto psicologico da parte degli individui che presentano sintomatologia tipica degli EDs e, in ultima analisi, l'adesione a un trattamento psicologico e il miglioramento della propria qualità di vita. Ulteriori ricerche condotte in merito a questa tematica su campioni italiani sono necessarie per ampliare le informazioni disponibili a riguardo e replicare i risultati già ottenuti fornendo maggiore validità agli stessi.

## BIBLIOGRAFIA

- Aarons, G., & Sawitzky, A. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*.
- Agras, S., Walsh, T., & Fairburn, C. (2000). A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 459-466.
- Akey, J., Rintamaki, L., & Kane, T. (2013). Health Belief Model deterrents of social support seeking among people coping with eating disorders. *Journal of affective disorders*.
- Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, Bauer S, Griffiths KM (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*, 50(1), 9-21.
- Ali K, Fassnacht DB, Farrer L, Rieger E, Feldhege J, Moessner M, Griffiths KM, Bauer S (2020). What prevents young adults from seeking help? Barriers toward help-seeking for eating disorder symptomatology. *Int J Eat Disord*, 53(6), 894-906.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Quinta ed.).
- Arcelus, J., Mitchell, A., & Wales, J. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 7(68), 724-31.
- Axsom, D., & Cooper, J. (1985). Cognitive dissonance and psychotherapy: The role of effort justification in inducing weight loss. *Journal of Experimental Social Psychology*.
- Backer, T. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology*.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), 3186-91.
- Becker, A., Arrindell, A., Perloe, A., Fay, K., & Striegel-Moore, R. (2010). A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: Perspectives from ethnically diverse health care consumers. *The international journal of eating disorders*.
- Beidas, R., & Kendall, P. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clinical Psychology*, 1(17), 1-30.
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of behavioral medicine*.
- Blumenthal, R., & Endicott, J. (1996). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and anxiety*.

- Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O'Connor M, Palmer RL, Fairburn CG (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther*, 46(10), 1105-10.
- Bohrer, B., Carroll, I., Forbush, K., & Chen, P.-Y. (2017). Treatment seeking for eating disorders: Results from a nationally representative study. *The international journal of eating disorders*.
- Brownstone, L., & Bardone-Cone, A. (2020). Subjective binge eating: a marker of disordered eating and broader psychological distress. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity volume*.
- Byrne, S., Wade, T., & Hay, P. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med*, 47, 2823-2833.
- Cachelin, F., & Striegel-Moore, R. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *The international journal of eating disorders*.
- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C., & Striegel-Moore, R. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *The international journal of eating disorders*.
- Calugi S, Milanese C, Sartirana M, El Ghoch M, Sartori F, Geccherle E, Coppini A, Franchini C, Dalle Grave R (2017). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eat Weight Disord*, 22(3), 509-514.
- Calugi, S.; Sartirana, M.; Milanese, C.; El Ghoch, M.; Riolfi, F.; Dalle Grave, R (2018). The clinical impairment assessment questionnaire: Validation in Italian patients with eating disorders. *Eat. Weight. Disord*, 23, 685–694.
- Carter, F., Jordan, J., McIntosh, V., & Luty, S. (2010). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*.
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosomatic medicine*, 3(73), 270-9.
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*.
- Collier, D., Arranz, M., Li, T., Mupita, D., Brown, N., & Treasure, J. (1997). Association between 5-HT2A gene promoter polymorphism and anorexia nervosa. *The Lancet*.

- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*.
- Copeland, W. E., Bulik, C., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S., & Costello, E. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International Journal of Eating Disorders*.
- Crisp, A. H. (1977). The Differential Diagnosis of Anorexia Nervosa. *SAGE journals*.
- Culbert, K., Racine, S., & Klump, K. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Dingemans, A. E., & Bruna, M. J. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*.
- Ebner, D., & Latner, J. (2013). Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: a comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorder. *The journal of mental and nervous disease*.
- Fairburn C, Cooper Z (1993). The eating disorder examination. In: Fairburn C, Wilson G, editors. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. 12. New York: Guilford Press.
- Fairburn CG, Beglin SJ (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*, 16(4):363-70.
- Fairburn, C., & Cooper, Z. (2008). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Favaro, A., & Sambataro, F. (2021). *Manuale di Psichiatria*. PICCIN.
- Festinger, L., & Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 203–210.
- Fischer E. H., Farina A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *J. Coll. Stud. Dev.* 36, 368–373.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientation of seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79-90
- Forrest, L., Smith, A., & Swanson, S. (2017). Characteristics of seeking treatment among U.S. adolescents with eating disorders. *The international journal of eating disorders*.
- Frank, G., Reynolds, J., Shott, M., Jappe, L., & Yang, T. (2012). Anorexia Nervosa and Obesity are Associated with Opposite Brain Reward Response. *Nature*.

- Franko, D., & Keel, P. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 6(26), 769-82.
- Freedman, J., & Fraser, S. (1966). Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Foreich, F., Vartanian, L., Grisham, J., & Touyz, S. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *The international journal of eating disorders*.
- Griffiths, S., Rossell, S., Mitchison, D., Murray, S., & Mond, J. (2018). Pathways into treatment for eating disorders: A quantitative examination of treatment barriers and treatment attitudes. *The Journal of Treatment & Prevention*.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*.
- Hamilton, A., Mitchison, D., Basten, C., & Touyz, S. (2022). Understanding treatment delay: Perceived barriers preventing treatment-seeking for eating disorders. *ANZJP*.
- Hart, L., Granillo, T., Jorm, A., & Paxton, S. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*.
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*.
- Hershenberg, R., Teachman, B., & Drabick, D. (2012). Bridging the gap between clinical research and clinical practice: Introduction to the special section. *Psychotherapy*.
- Hilbert, A. (2019). Binge-Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of Northern America*, 42(1), 33-43.
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2022), Global Health Data Exchange (GHDx).
- Jacobson, N., & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? *American Psychologist*.
- Jansingh, A., Danner, U., Hoek, H., & Van Elburg, A. (2020). Developments in the psychological treatment of anorexia nervosa and their implications for daily practice. *Current Opinion in Psychiatry*.
- Jauregui-Lobera, I., Ezquerro-Cabrera, M., & Carbonero-Carreno, R. (2013). Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrients*.
- Jones, & Morgan. (2010). Eating disorders in men: A review of the literature. *Journal of Public Mental Health*.
- Kass, A., Kolko, R., & Wilfley, D. (2014). Psychological Treatments for Eating Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*.

- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behaviour*.
- Kazdin, A., Fitzsimmons-Craft, E., & Wilfley, D. (2016). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Keel, P., & Forney, J. (2013). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*.
- Komiya N, Good GE, Sherrod NB (2000). Emotional Openness as a Predictor of College Students' Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1):138–143.
- Kruger, J., & Gilovich, T. (1999). "Naive cynicism" in everyday theories of responsibility assessment: On biased assumptions of bias. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*.
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S., Brown, A., Cautin, R., & Latzman, R. (2013). The research-practice gap: bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. *Int J Eat Disord*.
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, R., & Latzman, R. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*.
- Lipson, S., & Sonnevile, K. (2019). Understanding suicide risk and eating disorders in college student populations: Results from a National Study. *International Journal of Eating Disorders*.
- Liu, L., Hay, P., & Conti, J. (2022). Perspectives on barriers to treatment engagement of people with eating disorder symptoms who have not undergone treatment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*.
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*.
- Logsdon MC, Usui W, Pinto-Foltz M, Leffler Rakestraw V (2009). Intention to Seek Depression Treatment in Adolescent Mothers and a Comparison Group of Adolescent Girls. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1):41–49.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating behaviors*, 4(14), 497-499.
- Mahoney, M. (1977). Publication prejudices: An experimental study of confirmatory bias in the peer review system. *Cognitive Therapy and Research*.
- McIntosh, V., Jordan, J., Luty, S., Carter, F., McKenzie, J., Bulik, C., & Joyce, P. (2006). Specialist Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disorders*.
- Meyer, D. (2001). Help-Seeking for Eating Disorders in Female Adolescents. *Journal of College Student Psychotherapy*.

- Mitchell, J., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 438-443.
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *The international journal of eating disorders*.
- Munro, G. (2010). The Scientific Impotence Excuse: Discounting Belief-Threatening Scientific Abstracts. *Journal of Applied Social Psychology*.
- Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *Psychiatry*, 8(9), 347-350.
- Nelson, T., Steele, R., & Mize, J. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: themes and challenges. *Administration and policy in mental health*.
- Neumark-Sztainer, D., Loth, K., & Ciao, A. (2014). Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention Programs. *Current Psychiatry Reports*, 16(453).
- Oliosi, M., & Dalle Grave, R. (2003). A comparison of clinical and psychological features in subgroups of patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*.
- Pagoto, S., Spring, B., & Coups, E. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology*.
- Peterson, C., Black Becker, C., Treasure, J., Shafran, R., & Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*.
- Pinto-Foltz, M., & Logsdon, C. (2009). Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 32-40.
- Potterton, R., Austin, A., Allen, K. (2020). "I'm not a teenager, I'm 22. Why can't I snap out of it?": a qualitative exploration of seeking help for a first-episode eating disorder during emerging adulthood. *J Eat Disord*, 8(46).
- Pronin, E., Lin, D., & Ross, L. (2002). The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3(28), 369-381.
- Ravussin, Y., Leibel, R., & Ferrante, A. (2014). A Missing Link in Body Weight Homeostasis: The Catabolic Signal of the Overfed State. *Cell Metabolism*, 20(4), 565-572.
- Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*, 187(S7), S35-9.

- Regan, P., Cachelin, F., & Minnick, A. (2017). Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of "first contact". *The international journal of eating disorders*.
- Regan, P., Cachelin, F., & Minnick, A. (2017). Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of "first contact". *International Journal of Eating Disorders*.
- Rienecke, R. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*.
- Roine R, Ohinmaa A, Hailey D (2001). Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. *CMAJ*, 165(6), 765-71.
- Rose, J.S., Vaewsorn, A., Rosselli-Navarra, F. (2013). Test-retest reliability of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a college sample. *J Eat Disord*, 1 (42).
- Roskar, S., Bracic, M., & Vatovec, M. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Ross, L., & Ward, A. (1996). Naive Realism: Implications for Social Conflict and Misunderstanding. In *Values and Knowledge* (pp. 103-135). Lawrence Erlbaum Associates.
- Rossi, A., & Mannarini, S. (2019). The Italian version of the Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale—Short Form: The first contribution to measurement invariance. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 26(1), 93–100.
- Rotheram-Borus, M. J., Swendeman, D., & Chorpita, B. F. (2012). Disruptive innovations for designing and diffusing evidence-based interventions. *American Psychologist*, 67(6), 463–476.
- Santarossa, S., & Woodruff, S. (2017). #SocialMedia: Exploring the Relationship of Social Networking Sites on Body Image, Self-Esteem, and Eating Disorders. *SAGE journals*.
- Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Sonneville, K. R., & Lipson, S. K. (2018). Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *The international journal of eating disorders*.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*.

- Stamatakis, E., & Hetherington, M. (2003). Neuroimaging in eating disorders. *Nutritional neuroscience*, 6(6), 325-334.
- Steer, R. Y., & Ritschel, L. A. (2010). Placebo. In *Corsini Encyclopedia of Psychology* (pp. 1252-1254). Wiley.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The American Journal of Psychiatry*.
- Steinhausen HC, Jensen CM (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord*, 48(7), 845-50.
- Stewart, A., Carter, J., & Drinkwater, J. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*.
- Stice, E., Gau, J., Rohde, P., & Shaw, H. (2016). Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM–5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Stice, E., & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*.
- Stoving, R., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., & Horder, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 362-366.
- Sullivan, P. (2005). *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*. Christopher Fairburn, Kelly Brownell.
- Taquet, M., Geddes, J., Husain, M., & Luciano, S. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet*.
- ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2):153-63.
- Thornton, L., Mazzeo, S., & Bulik, C. (2013). The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings. *Current Topics in Behavioural Neurosciences*.
- Tozzi, F., Thornton, L., Klump, K., Fitcher, M., Bulik, C., & Kaye, W. (2005). Symptom Fluctuation in Eating Disorders: Correlates of Diagnostic Crossover. *The American journal of psychiatry*.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395, 899-911.
- Tregarthen JP, Lock J, Darcy AM (2015). Development of a smartphone application for eating disorder self-monitoring. *Int J Eat Disord*, 48(7), 972-82.

- Uchoa, F., Uchoa, N., & Costa Daniele, T. (2019). Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Van Kuyck, K., Gerard, N., Van Laere, K., & Casteels, C. (2009). Towards a neurocircuitry in anorexia nervosa: evidence from functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatric Research*.
- Vogel, D., Wade, N., Wester, S., Larson, L., & Hackler, A. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*.
- Wade, T., Bulik, C., & Neale, M. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*.
- Waller, G. (2018). Sexual Abuse as a Factor in Eating Disorders. *Cambridge University Press*.
- Wittek, T., Truttmann, S., Zeiler, M., Philipp, J., & Auer-Welsbach, E. (2021). The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRA): a study protocol for a multi-center cohort study. *Journal of Eating Disorders*.
- Wonderlich, S., Connolly, K., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*.
- World Health Organisation. (2019). *International Classification of Diseases* (undicesima ed.).
- Wuthrich VM, Frei J (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *Int Psychogeriatr*, 27(7), 1227-36.
- Yager, Z., & O'Dea, J. (2010). A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. *Health Education Research*.
- Young, M., Peng, M., Ahlstrom, D., Bruton, G., & Jiang, Y. (2008). Corporate Governance in Emerging Economies: A Review of the Principal–Principal Perspective. *Journal of Management Studies*.
- Zerwas, & Claydon. (2014). Eating disorders across the life-span: From menstruation to menopause. In *Women's reproductive mental health across the lifespan* (pp. 237-261). Springer International Publishing/Springer Nature.
- Zipfel, S., Giel, K., & Bulik, C. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 12(2), 1099-1111.