

# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
(FISPPA)**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro**

## **Elaborato finale**

**"Come aiutare gli insegnanti nella gestione dei disagi corporei  
a scuola? Una rassegna della letteratura riguardante i  
programmi di prevenzione e intervento in ambito scolastico"**

*Relatrice*

**Prof.ssa Elena Faccio**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia,  
Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

*Laureando: Filippo Biondi*

*Matricola: 2017575*

Anno Accademico: 2022/2023



# INDICE

<b>CAPITOLO 1: INTRODUZIONE</b> .....	4
<b>CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI</b> .....	6
<b>2.1 Strategie di ricerca</b> .....	6
<b>2.2 Criteri di inclusione</b> .....	6
<b>2.3 Criteri di esclusione</b> .....	6
<b>2.4 Caratteristiche degli studi</b> .....	7
<b>2.5 Divisione articoli</b> .....	7
<b>CAPITOLO 3: RISULTATI</b> .....	12
<b>3.1 Descrizione dei temi</b> .....	12
<b>3.2 L'importanza dell'ambiente scolastico</b> .....	12
<b>3.3 Valutazione di conoscenze e competenze nello staff scolastico</b> .....	17
<b>3.4 Valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento</b> .....	20
<b>CAPITOLO 4: DISCUSSIONE</b> .....	37
<b>CAPITOLO 5: CONCLUSIONI</b> .....	41
<b>5.1 Alfabetizzazione sul tema: acquisizione di conoscenze e strumenti</b> .....	41
<b>5.2 Prospettive di intervento e sviluppi futuri</b> .....	42
<b>CAPITOLO 6: BIBLIOGRAFIA</b> .....	44

# CAPITOLO 1

## INTRODUZIONE

Riduzione dell'alimentazione fino a saltare i pasti o al contrario abbandono ad abbuffate compulsive, conto ossessivo delle calorie e del peso, eccesso di attività fisica, cambio d'umore e riduzione del contatto con il mondo esterno: sono solo alcuni dei principali campanelli d'allarme manifestati da chi soffre dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) come anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating). Sono un problema di sanità pubblica e oggetto di attenzione sanitaria e sociale per la loro diffusione, per l'esordio sempre più precoce tra le fasce più giovani della popolazione (anche nei bambini di 8-9 anni) e per l'eziologia multifattoriale complessa. Ad esserne colpita è principalmente la popolazione femminile con un rapporto tra femmine e maschi di circa 9 a 1, anche se il numero dei maschi è in aumento soprattutto in età adolescenziale e pre-adolescenziale. L'identificazione e l'intervento tempestivo e multidisciplinare sono decisivi per una prognosi migliore. I DCA affliggono oltre 55 milioni di persone nel mondo e oltre 3 milioni in Italia, pari a circa il 5% della popolazione: l'8-10% delle ragazze e lo 0,5-1% dei ragazzi soffrono di anoressia o bulimia (Dati Ministero della Salute italiano). L'incidenza recentemente è aumentata del 30% per effetto della pandemia e il picco è soprattutto tra i giovanissimi, colpiti fino a quattro volte di più rispetto al periodo pre-Covid, a causa dell'isolamento, della permanenza forzata a casa, della chiusura delle scuole e dell'annullamento delle iniziative di coinvolgimento sociale. Nel 2019 i casi di DCA (anoressia, bulimia e binge eating) intercettati erano 680.569, nel 2020 erano saliti a 879.560, nel 2021 a 1.230.468, e nel 2022 a 1.450.567. Nel complesso le persone trattate oggi per queste patologie sono oltre 3 milioni; nel 2000 erano circa 300 mila (Dati Survey nazionale Ministero della Salute 2019-2023).

Inoltre, il 90% di chi soffre di tali disturbi è di sesso femminile rispetto al 10% di maschi; il 59% dei casi ha tra i 13 e 25 anni di età, il 6% ha meno di 12 anni (Dati ANSA). Questi disturbi, se non diagnosticati e trattati precocemente, aumentano il rischio di complicanze organiche rilevanti a carico di tutti gli organi e apparati dell'organismo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.), con rischio di cronicizzazione e anche, nei casi più severi, di mortalità, in particolare per quanto riguarda l'anoressia.

Data la preoccupante precocità con la quale si sviluppano i disturbi legati all'immagine corporea, è fondamentale considerare la scuola, in quanto luogo di socializzazione per eccellenza che coinvolge le fasce più colpite da questi disagi, come punto di partenza per intervenire attraverso programmi di prevenzione con il fine di educare le figure professionali presenti negli istituti scolastici fornendo gli strumenti, le conoscenze e le competenze necessarie per affrontare un problema che si trovano ogni anno a dover arginare in maniera sempre maggiore, rischiando di rimanere inefficaci nel loro intervento davanti a studenti che portano disturbi di cui hanno scarsa conoscenza.

L'obiettivo di questo elaborato è approfondire una serie di articoli nei quali viene valutata l'efficacia di diversi programmi di prevenzione e intervento creati per essere proposti a insegnanti e studenti negli istituti scolastici, al fine di promuovere informazione e diversi approcci operativi per evitare o affrontare l'emergere di nuovi casi di DCA. Gli studi presi in causa mostrano diversi punti di forza attraverso i quali si sono dimostrati efficaci nell'applicazione in ambito scolastico, ma ne risultano anche molte problematiche sulle quali riflettere e dalle quali partire per la creazione di programmi per affrontare i disagi del corpo che si dimostrino più efficaci e i cui effetti possano protrarsi più a lungo nel tempo, dimostrando una maggiore e duratura efficacia sulla salute dei giovani studenti.

## **CAPITOLO 2**

### **MATERIALI E METODI**

#### **2.1 Strategie di ricerca**

L'elaborato è stato svolto in conformità con i principi del PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) Statement (Moher et al., 2009), protocollo di lavoro standardizzato utile a condurre il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi. Per la ricerca della letteratura ci si è avvalsi dei seguenti due database bibliografici on-line: Scopus e APA PsycInfo.

Nelle banche dati citate si è ricorsi alla ricerca avanzata tramite l'utilizzo di parole chiave; di seguito un esempio di parole chiave utilizzate: (teacher) AND (eating disorder) AND (school) AND (programme).

Inoltre, sono stati inseriti nella revisione ulteriori studi attraverso l'utilizzo del motore di ricerca Google Scholar.

#### **2.2 Criteri di inclusione**

La ricerca prevede la revisione di studi pubblicati nell'arco temporale compreso tra il 1999 e il 2023, ed esclusivamente in lingua inglese. Al fine d'indagare le modalità attraverso le quali il corpo docenti gestisce gli studenti con disturbi alimentari, la scelta del materiale si è limitata a studi che prevedevano la valutazione di programmi di intervento in ambito scolastico, la raccolta di feedback da parte del corpo docenti riguardo il livello di conoscenze e competenze percepiti sul tema "disturbi alimentari" e la disposizione di consigli utili agli insegnanti per individuare e gestire gli alunni con disagi legati all'immagine corporea. Non è stata applicata alcuna limitazione di appartenenza etnoculturale o paese di provenienza alla popolazione oggetto degli studi.

#### **2.3 Criteri di esclusione**

Sono stati esclusi dalla ricerca gli articoli doppi, quelli con titolo ed abstract relativi a temi non attinenti all'oggetto della revisione e quelli non tradotti in lingua inglese. Inoltre, sono stati esclusi gli articoli che esulavano dall'ambiente scolastico.

## **2.4 Caratteristiche degli studi**

Attraverso il metodo di ricerca precedentemente descritto, sono emersi 711 risultati. A seguito dell'eliminazione di 85 articoli poiché doppi, sono stati sottoposti a screening 626 record. Sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione, quali anno di pubblicazione e popolazione di riferimento sono stati esclusi 563 articoli. 63 articoli full-text sono stati quindi valutati per eleggibilità, e 48 sono stati successivamente esclusi. L'esclusione è legata a motivi di protocollo (n=2), oggetto non idoneo alla revisione (n=34) e la trattazione del tema della fertilità esclusivamente da un punto di vista medico (n=11). La revisione, quindi, comprende 16 articoli full-text derivanti dalle banche dati citate.

Gli studi selezionati sono stati condotti in diversi paesi: U.S.A. (n=4), Regno Unito (n=4), Canada (n=3), Spagna (n=1), Germania (1) e Australia (n=3).

## **2.5 Divisione articoli**

Gli articoli sono stati divisi nelle seguenti macrocategorie: valutazione di programmi di formazione per insegnanti, rilevazione di conoscenze e competenze possedute dallo staff scolastico riguardo al tema trattato, consigli e strategie utili al personale scolastico nella gestione di studenti con disturbi alimentari.

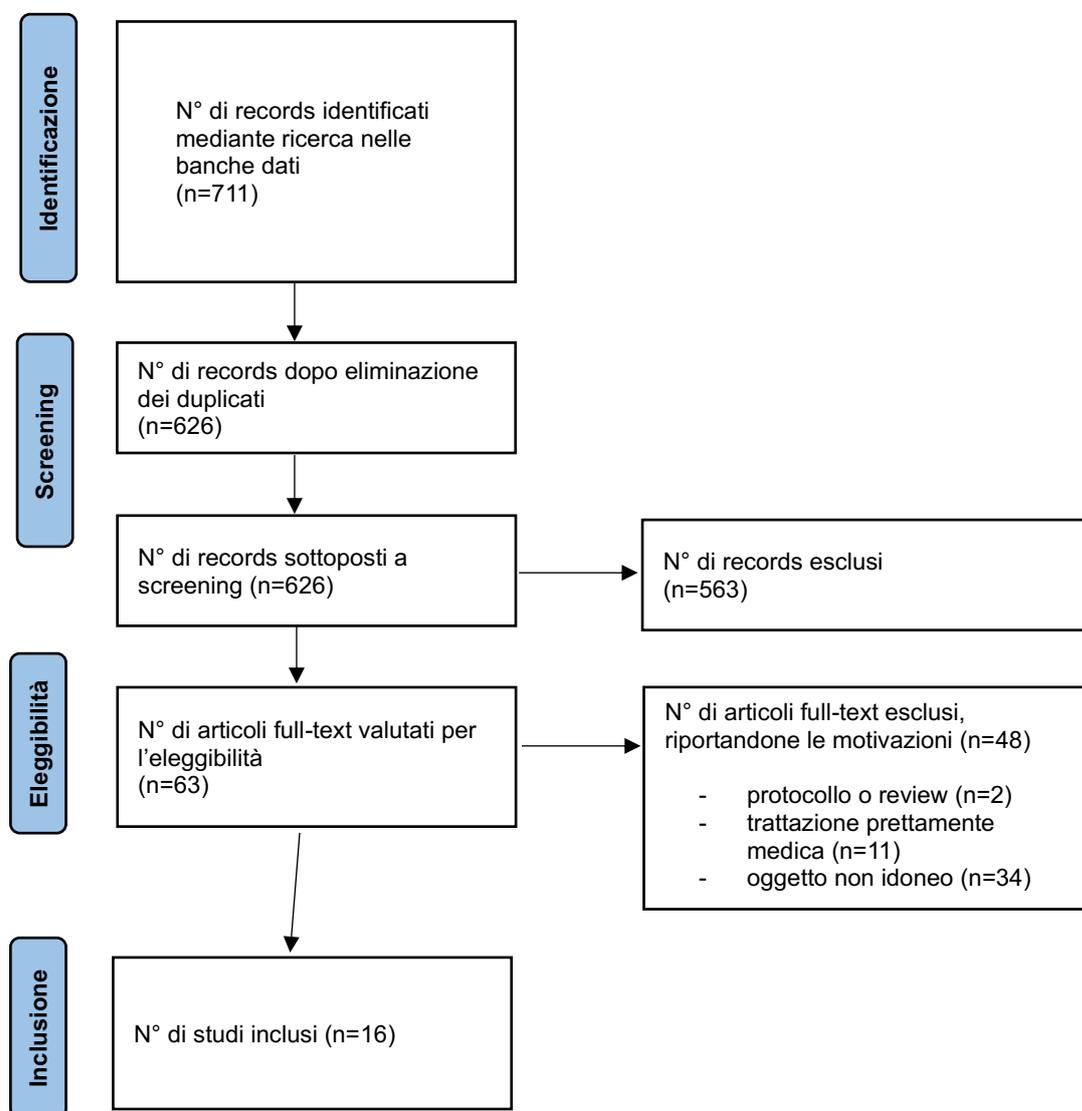


Figura 1: Diagramma di flusso di selezione degli studi

Tabella 1: caratteristiche degli studi analizzati

Autori	Nazione	Età	Quesito di ricerca	Risultati principali
Manley et al. (2000)	Canada	6-18	Proporre una serie di strategie per aiutare lo staff scolastico a gestire e aiutare i/le ragazzi/e diagnosticati con disturbi alimentari (o per individuare i soggetti a rischio)	/
J.K. Ransley (1999)	U.K.	11-14	Delinare il ruolo che gli insegnanti posso assumere davanti ad alunni con disturbi alimentari.	Consigli utili al corpo docenti su come comportarsi in situazioni come pasti, educazione fisica, educazione alimentare e nel rapporto insegnante-alunno.
McVey et al. (2008)	Canada	18+	Studio quantitativo per valutare l'efficacia di un programma di prevenzione online creato per gli insegnanti di scuola elementare (n=78) e operatori sanitari locali (n=89) volto a promuovere salute all'interno dell'ambiente scolastico	Mostra come questo programma aumenti la conoscenza dei docenti riguardo agli effetti delle diete iper-restrittive e dell'influenza dei coetanei/genitori/media sui comportamenti alimentari e la percezione del proprio corpo.

Schiele et al. (2020)	USA	12-18	Esaminare le prospettive degli adolescenti in fase di recupero dai disturbi alimentari, dei membri della famiglia e dei professionisti del SMH (School Mental Health).	La maggior parte dei professionisti SMH non ha ricevuto una formazione per l'identificazione e/o l'intervento sui disturbi alimentari. I dati suggeriscono che la mancanza di riferimenti e le conoscenze, le competenze e il tempo limitati interferiscono con la loro capacità di identificare e intervenire efficacemente.
Piran (2004)	Canada	18+	Rivedere le ricerche esistenti sul ruolo degli insegnanti nella prevenzione universale (primaria) e mirata (secondaria) e includere nuovi dati di ricerca rilevanti per il ruolo degli insegnanti nella prevenzione primaria dei disturbi alimentari.	Tre sondaggi hanno mostrato la presenza di interesse nella prevenzione dei disturbi alimentari da parte del personale scolastico, interesse per una formazione che consenta interazioni più costruttive tra insegnanti e studenti in aree come l'immagine corporea, i modelli di ruolo, la presa in giro tra pari o le politiche scolastiche.
Fatt et al. (2021)	Australia	M=15.14	Questo studio ha analizzato come l'auto-identificazione negli studenti variasse a seconda del sesso, delle diagnosi di disturbo alimentare e della presenza di comportamenti alimentari estremi, e come l'auto-identificazione fosse correlata alla ricerca di aiuto negli adolescenti.	La mancata identificazione di un disturbo alimentare o di una condizione correlata favorisce una bassa percezione del bisogno di trattamento di un disturbo alimentare e, di conseguenza, una bassa o inappropriata ricerca di aiuto (circa due adolescenti su tre con un disturbo alimentare si sono auto-identificati come affetti da un problema di immagine corporea).
Knightsmith et al. (2013)	U.K.	12-16	Analizzare i risultati dei focus group condotti con 63 membri del personale di 29 scuole del Regno Unito con l'obiettivo di capire se sono in grado di sostenere gli studenti con disturbi alimentari e generare raccomandazioni sulle esigenze di formazione del personale scolastico per individuare e sostenere i	(I) Molti membri del personale non hanno una conoscenza di base dei disturbi alimentari, (II) i disturbi alimentari sono un tabù nell'aula del personale, (III) il personale non si sente a proprio agio nel parlare di disturbi alimentari agli studenti, (IV) è necessario un supporto per assicurare che la relazione insegnante-genitori sia positiva e (V) il personale scolastico

Rich et al. (2005)	U.K.	11-18	Esplorare i modi in cui le scuole promuovono particolari discorsi sul corpo, la salute e la malattia sul corpo, sulla salute e sulla malattia, all'interno dei quali e rispetto ai quali i giovani con disturbi alimentari arrivano a comprendere sé stessi.	All'interno dei resoconti vi è una varietà di discorsi che costruiscono i disturbi alimentari in modi multipli e spesso conflittuali. Evidenzia i modi in cui discorsi relativi al cibo, alla dieta, alla salute e all'io, così come sono stati costituiti da particolari discipline, hanno fornito un insieme contraddittorio di soggettività alle giovani donne dello studio.
Anderson et al. (2017)	USA	/	Valutare, attraverso una meta-analisi, l'efficacia di 27 programmi di prevenzione applicabili in ambito scolastico sui disturbi alimentari e determinare l'approccio migliore.	Gli approcci basati sull'informazione, sul comportamento cognitivo e sulla psico-educazione sono i meno efficaci, mentre gli approcci basati sull'alfabetizzazione ai media e sulla dissonanza sono risultati tra quelli con il maggior potenziale di successo.
Yager et al. (2007)	Australia	18+	Esaminare l'importante contributo che gli insegnanti e altri educatori possono offrire nella prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità infantile.	Attualmente, le scuole non sfruttano al meglio le potenziali opportunità di prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità infantile. Gli insegnanti e il personale scolastico ricevono poca o nessuna formazione in materia di nutrizione o di tecniche di prevenzione e riferiscono costantemente che la mancanza di conoscenze costituisce un ostacolo all'attuazione dei programmi di prevenzione.

## **CAPITOLO 3**

### **RISULTATI**

#### **3.1 Descrizione dei temi**

Di seguito vengono affrontati tre temi principali: il ruolo chiave che l'ambiente scolastico ricopre nell'individuare e prevenire i disturbi alimentari; la preoccupazione degli insegnanti riguardo la mancanza di conoscenze e competenze per gestire gli studenti con disagi corporei; la valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento proposti nelle scuole.

#### **3.2 L'importanza dell'ambiente scolastico**

Il numero di studenti che soffre di problemi col proprio corpo solleva una serie di questioni importanti per le scuole e gli insegnanti (soprattutto nella scuola secondaria), in particolare il ruolo che questi istituti e i loro docenti dovrebbero svolgere nella prevenzione, individuazione precoce e nell'intervento dei disturbi del comportamento alimentare. Le scuole sono state riconosciute come un ambiente ideale per la prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità infantile, grazie all'accesso continuo e concentrato a un gran numero di individui in età evolutiva (Yager et al., 2007).

Attualmente si stima che il 5% della popolazione mondiale sia affetto da ED (eating disorders). Questa percentuale sale al 10% se si includono le forme parziali e subcliniche di ED, con un continuo aumento della loro incidenza. Gli ED sono, in particolare tra gli adolescenti, i disturbi cronici più diffusi dopo l'obesità e l'asma (Torres-Castaño et al., 2022).

I disturbi alimentari negli studenti della scuola secondaria sono stati documentati da diversi studi: l'età di punta per la diagnosi è la metà/fine adolescenza, periodo che abbraccia la parte superiore della popolazione della scuola secondaria (Ransley, 1999); l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) sono considerati tra i problemi di salute mentale più difficili da trattare. I tassi stimati di AN e BN si aggirano intorno allo 0,1-0,3% tra i maschi, mentre tra le femmine si registrano tassi molto più elevati, pari all'1-2% per l'AN e al 2-3% per il BN (Schiele et al., 2020). Questo si traduce in circa 30 alunni in un istituto comprensivo

di medie dimensioni con un numero di alunni compreso tra 1.500 e 2.000 alunni (Ransley, 1999).

La gravità di queste condizioni richiede un'attenzione particolare, in quanto, se si protraggono nel tempo, possono risultare fatali: i dati relativi a campioni di adulti indicano che l'anoressia nervosa ha il più alto tasso di mortalità (superiore al 10%) di qualsiasi altra condizione psichiatrica (Manley, 2000).

L'anoressia nervosa con tutti i criteri diagnostici rimane, però, relativamente rara. Più evidente in una popolazione in età scolare è invece la presenza di sindromi parziali o disturbi alimentari "subclinici", quali la restrizione dell'assunzione di cibo, la perdita di peso, vomito autoindotto, masticare e sputare il cibo e attacchi di sovralimentazione caotica. La prevalenza di questi comportamenti dopo la pubertà è stata stimata tra il 3 e il 5% delle ragazze adolescenti (Ransley, 1999). In assenza di interventi, gli ED possono portare a problemi di salute come l'aumento della morbilità mentale, le malattie cardiache e renali e l'aumento della mortalità. I costi sanitari diretti e, più specificamente, i costi di ospedalizzazione sono 3,5 volte superiori a quelli della popolazione generale (Torres-Castaño et al., 2022).

È stato affermato che il miglior predittore dello sviluppo di un disturbo alimentare è l'essere di sesso femminile. Si suggerisce che la tempistica puberale abbia un impatto maggiore sulle femmine rispetto ai maschi, in quanto l'aumento dell'adiposità nelle femmine associato alla pubertà è contrario all'ideale di bellezza magra, mentre l'aumento della massa muscolare nei maschi è in linea con l'ideale maschile (Schiele et al., 2020).

È di cruciale importanza considerare questi disturbi in tutta la complessità della loro sfera biopsicosociale, evitando di ridurli a condizioni prettamente mediche, approccio che, da solo, non permette di fornire le cure adeguate e una comprensione raffinata di quelli che sono i processi che, interagendo, innescano la nascita di questi disturbi. Prendere in considerazione il contesto culturale è centrale nella visione che si ha di questi disturbi: ad esempio, la convinzione stereotipata sul comportamento alimentare disordinato è che esso si manifesti più frequentemente tra le donne occidentali e caucasiche. I modelli socioculturali del disturbo alimentare sostengono che gli individui di culture etniche minoritarie sono a minor rischio di patologia alimentare rispetto ai caucasici, a causa di una minore pressione culturale a corrispondere all'ideale di magrezza nelle culture non bianche (Schiele et al., 2020). È fortemente sostenuto da Smolak et al., 2001 che i disturbi

alimentari siano disturbi basati sulla cultura. Pertanto, la loro prevenzione richiederà un sostanziale cambiamento culturale. Questo obiettivo può essere raggiunto solo se un ampio gruppo di giovani e adulti, compresi i ragazzi e le persone che non soffrono di problemi dell'immagine corporea, sono convinti dell'importanza di eliminare i messaggi culturali tossici sulla magrezza e sul grasso. Queste popolazioni devono anche impegnarsi a contrastare il sostegno sociale che agisce a supporto delle tecniche di controllo del peso e della forma che mettono a repentaglio la salute, tra cui diete, steroidi, integratori alimentari, diuretici, abbuffate e purghe (Smolak et al., 2001); la probabilità di un cambiamento culturale aumenterà in modo significativo se importanti agenti di socializzazione approveranno e parteciperanno allo sforzo. Gli insegnanti e gli amministratori scolastici sono agenti di socializzazione fondamentali.

Al fine di ottenere la migliore prognosi per un disturbo alimentare, è stato sostenuto (Ransley, 1999) che la diagnosi precoce e l'intervento sono indicatori chiave di guarigione; questo pone coloro che sono in contatto con giovani con un'alimentazione disordinata in una posizione in cui possono essere in grado di portare alla luce certi problemi quando sono ancora in una fase embrionale. Sebbene l'insoddisfazione corporea tenda a manifestarsi più comunemente nell'adolescenza, i problemi di immagine corporea possono iniziare fin dall'infanzia (Stewart et al., 2022) e, data la gravità di disturbi alimentari come AN, BN e BED, la comorbidità con altri problemi di salute mentale e il limitato accesso e successo dei programmi di trattamento, la prevenzione e l'intervento precoce (quando un bambino mostra per la prima volta i segni di un disturbo alimentare) sono cruciali (Anderson et al., 2017).

Data la stabilità dell'ambiente scolastico in una società sempre più complessa e frammentata (Ransley, 1999), si può affermare che una maggiore consapevolezza e conoscenza da parte del personale scolastico su come gestire gli alunni con disagi corporei può essere utile per migliorare la prognosi di questi individui a rischio, facilitando l'individuazione e l'intervento precoce per prevenirne l'insorgenza e a proteggerne lo sviluppo a lungo termine (Stewart et al., 2022).

Per rendere più efficaci questi processi di individuazione, riconoscimento e soprattutto prevenzione, è essenziale la consapevolezza di alcune dinamiche che possono concorrere nel creare realtà che facilitano lo sviluppo di questi disturbi alimentari; ad esempio, da un lato la ricerca della magrezza, la bassa autostima e l'insoddisfazione corporea sono fattori

di rischio per questi disturbi. Dall'altro lato essere sovrappeso/obesi è un fattore di rischio per essere presi in giro e stigmatizzati, il che a sua volta porta a preoccupazioni sull'immagine corporea, ansie sociali e bassa autostima. I tentativi di prevenire uno di questi problemi di salute pubblica possono inavvertitamente innescare esiti indesiderati rispetto all'altro. La promozione diffusa di forme e pesi "sani" e "ideali", evidente nei programmi di salute e nei messaggi di salute pubblica, può inavvertitamente aumentare le ansie sul peso corporeo, ignorando la biodiversità all'interno di una popolazione e i dilemmi associati allo sviluppo fisico (McVey, 2008). Data la tendenza naturale a trasmettere ai bambini le preoccupazioni per il peso o la forma, gli insegnanti hanno bisogno di aiuto per bilanciare i loro messaggi su un'alimentazione sana e uno stile di vita attivo, per evitare di innescare la preoccupazione per il peso o la forma nei loro studenti. Questo è solo uno tra i tanti esempi di dinamiche che possono, inavvertitamente, avviare lo sviluppo di certi disturbi in ambienti come quello scolastico.

Inoltre, la scuola rappresenta per i bambini la prima esperienza di frequentazione di istituzioni organizzate su larga scala, istituzioni che inevitabilmente trasmettono valori sociali ampiamente condivisi. La scuola è anche responsabile dell'acquisizione di abilità cognitive, sociali e di coping che sono rilevanti per gli sforzi di prevenzione. Gli insegnanti sono in prima linea nel trasmettere, da una posizione di potere e attraverso modi diretti e indiretti, informazioni critiche, valori, norme e altro materiale culturalmente carico (Piran, 2010). L'intensa interazione degli insegnanti con i loro studenti può essere utilizzata per la causa dell'educazione e della promozione della salute. Inoltre, i programmi di prevenzione incentrati sulla scuola sono in grado di accedere a un'ampia porzione di popolazione durante un importante periodo di sviluppo (Anderson et al., 2017).

Gli insegnanti sono, quindi, in una posizione privilegiata per notare alcuni dei primi segnali di un disturbo alimentare, senza assumersi la responsabilità di un ruolo diagnostico specializzato. Quando un'adolescente limita l'assunzione di cibo, è probabile che gli effetti di questo comportamento siano aggravati dal periodo di rapida crescita che coincide con l'adolescenza. Ciò comporta una rapida perdita di peso e una serie di cambiamenti fisiologici e psicologici negativi che si ripercuotono inevitabilmente su molti aspetti della vita scolastica di un alunno/a, tra cui il rendimento scolastico. Nell'anoressia nervosa è dimostrato che si verificano cambiamenti neuropsicologici;

questi includono: deficit di attenzione, compromissione della memoria e diminuzione della capacità di apprendimento (Ransley, 1999).

Vi è, inoltre, un altro problema legato alle chance di prevenzione e cura dei giovani che soffrono di disturbi alimentari, ovvero la loro volontà e la possibilità di cercare aiuto: questa è una tendenza poco frequente tra gli adolescenti: solo il 27,5%, il 21,5% e l'11,4% di coloro che soddisfano i criteri per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata hanno, rispettivamente, ricevuto un trattamento correlato al disturbo del peso e dell'alimentazione (Fatt et al., 2020). È ragionevole pensare che, tra i soggetti con problemi di immagine corporea, la mancata identificazione di un disturbo alimentare o di una condizione correlata sia causa di una bassa percezione del bisogno di trattamento di un disturbo alimentare e, di conseguenza, di una scarsa o inappropriata ricerca di aiuto. Diversi studi hanno identificato la scarsa auto-identificazione come una barriera alla ricerca di aiuto per un disturbo alimentare. Ce lo mostra uno studio di Gratwick-Sarll, Mond, & Hay (2013) sull'auto-riconoscimento del comportamento di disturbo alimentare, indagato in un campione di studentesse universitarie (n = 94) con un alto livello di sintomi di disturbo alimentare di tipo bulimico. I risultati dello studio mostrano che meno della metà (47,9%) delle partecipanti riteneva di avere attualmente un problema alimentare.

Inoltre, raggiungere coloro che potrebbero trarre beneficio dal trattamento ha incontrato delle difficoltà. I fattori psicologici legati alla demotivazione e al rifiuto indicano che le persone che soffrono di questi disturbi spesso nascondono i sintomi ed evitano di cercare un aiuto professionale a causa del sentimento di vergogna o della paura dello stigma (Arseniev-Koehler et al., 2016). Inoltre, gli aspetti sociali, come le pratiche culturali, le norme sociali o le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, possono spiegare la cronicizzazione di questo problema di salute (Becker et al., 2010). Per mantenere l'anonimato, le persone affette da ED cercano sempre più spesso informazioni e supporto su diversi siti web e reti sociali, che non sono in alcun modo validati scientificamente (Torres-Castaño et al., 2022).

Sono molti i fattori che possono influenzare se e quale tipo di trattamento viene ricevuto dalle persone con disturbi alimentari. Questi includono, tra l'altro, la natura dei sintomi e il loro impatto sulla qualità della vita, le convinzioni sulla probabile utilità del trattamento, la percezione dello stigma associato alla divulgazione di sintomi specifici e la

consapevolezza e la comprensione delle modalità di accesso ai trattamenti ritenuti utili (Fatt et al., 2020). Pertanto, la comprensione dell'insorgenza e dei correlati dell'autoidentificazione può contribuire a orientare i programmi di intervento precoce per gli adolescenti con disturbi alimentari.

### **3.3 Valutazione di conoscenze e competenze nello staff scolastico**

Poiché i disturbi alimentari sono sempre più diffusi tra i bambini e gli adolescenti ed emergono in età più giovane, è fondamentale che i professionisti dei servizi sociali abbiano delle conoscenze e competenze adeguate che permettano di identificare questi disagi e fornire un trattamento efficace (Schiele et al., 2020). Una delle ragioni principali per cui il personale scolastico non interviene in presenza di tali disturbi può essere dovuta a una formazione limitata. Gli psicologi scolastici riferiscono una formazione limitata per quanto riguarda l'identificazione e la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione.

Le indagini condotte con gli insegnanti rivelano che il personale scolastico è interessato alla prevenzione dei disturbi alimentari e che gli insegnanti sono alla ricerca di una formazione che consenta interazioni più costruttive tra insegnanti e studenti nelle aree relative all'immagine corporea. Inoltre, queste indagini hanno dimostrato che gli insegnanti sono interessati a integrare il materiale preventivo nel programma di studio (Piran, 2010). Tuttavia, molti docenti segnalano una carenza di supporto o di risorse per farlo in modo efficace (McVey, 2008). Le conoscenze, gli atteggiamenti e la volontà degli operatori scolastici devono essere presi in considerazione prima di ritenerli preparati e capaci di attuare programmi di prevenzione o trattamento (Yager et al., 2007).

I risultati di Schiele et al. (2020) hanno rivelato che la maggior parte dei professionisti dei servizi sociali non ha ricevuto una formazione per l'identificazione e/o l'intervento sui disturbi dell'alimentazione. I dati suggeriscono che la mancanza di riferimenti e la limitatezza di conoscenze, competenze e tempo interferiscono con la loro capacità di identificare e intervenire efficacemente. Nella crescente letteratura sulla prevenzione dei disturbi alimentari, soprattutto in quella di ricerca, spesso manca il ruolo degli insegnanti nella prevenzione (Piran, 2010). Si tratta di un'omissione importante, dal momento che la scuola rappresenta il modo più efficace per accedere ai bambini ai fini della promozione della salute e che i bambini trascorrono in media 40 ore alla settimana nelle scuole. Attualmente, le scuole non sfruttano al meglio queste potenziali opportunità di

prevenzione dei problemi col corpo e dell'obesità infantile. Gli insegnanti e il personale scolastico ricevono poca o nessuna formazione in materia di nutrizione o di tecniche di prevenzione e riferiscono costantemente che la mancanza di conoscenze costituisce un ostacolo all'attuazione dei programmi di prevenzione (Yager et al., 2007).

Inoltre, la prevalenza dei disagi legati all'immagine corporea all'età della scuola secondaria è tale che la maggior parte del personale scolastico ha la probabilità di incontrare più volte studenti che ne soffrono nel corso della loro carriera scolastica (Knightsmith et al., 2013). Questo è un esempio di come il coinvolgimento della maggioranza dello staff scolastico nelle campagne di prevenzione e individuazione di questi disturbi sia molto utile nell'aumentare l'efficacia e nel ridurre i casi dove non viene ricevuto trattamento o non vi è proprio il riconoscimento del disturbo.

Uno studio di Knightsmith, Treasure & Schmidt (2013) analizza i risultati dei focus group condotti con 63 membri del personale di 29 scuole del Regno Unito con l'obiettivo di capire se sono in grado di sostenere gli studenti con disturbi alimentari e generare raccomandazioni sulle esigenze di formazione del personale scolastico per individuare e sostenere gli studenti con problemi legati all'alimentazione. Da questi gruppi di discussione sono emersi cinque temi chiave. Molti membri del personale non hanno una conoscenza di base di questo tipo di disagi: sebbene la maggior parte del personale che ha partecipato ai focus group sembrasse avere una conoscenza di base dei disturbi alimentari, non sempre riteneva che questo fosse vero per tutti i colleghi. Il personale partecipante ha ritenuto che l'atteggiamento prevalente dei colleghi fosse che questi disagi fossero una moda o una fase adolescenziale da cui gli studenti sarebbero usciti. I partecipanti hanno fatto riferimento a una mancanza di comprensione della gravità di questi disturbi come grave problema di salute mentale e hanno suggerito che molti operatori scolastici non capiscono che è improbabile che queste malattie migliorino senza un intervento medico e psicologico professionale. Un altro risultato di queste discussioni è che i disturbi alimentari sono un tabù nell'aula del personale; i partecipanti hanno riferito che in molte scuole sono considerati un po' un tabù e che non sarebbe appropriato discutere di disagi legati all'alimentazione o di altri problemi di salute mentale nell'aula del personale scolastico: un atteggiamento piuttosto diffuso sembrava essere quello di pensare che parlare di problemi col corpo avrebbe esacerbato il problema o portato discredito alla scuola. Inoltre, è emerso che il personale non si sente a proprio agio nel parlare di disturbi alimentari agli studenti; hanno raccontato di essere molto preoccupati

di poter dire la cosa sbagliata a un alunno con un disturbo alimentare e di aggravare involontariamente la situazione. È anche necessario un supporto per assicurare che la relazione insegnante-genitori sia positiva: gran parte del personale scolastico pensava che la guarigione sarebbe stata impossibile senza il pieno sostegno della famiglia, ma al tempo stesso riportavano che l'atteggiamento della famiglia verso la scuola era spesso negativo, con accuse di interferire, di stare esagerando o di accusarli di scarsa capacità genitoriale. Uno dei passi più difficili da compiere è proprio quello di convincere la famiglia ad accogliere con favore il coinvolgimento della scuola e da essere desiderosi di lavorare al suo fianco per sostenere il proprio figlio o la propria figlia. Un'ulteriore volontà emersa da queste discussioni da parte del personale scolastico riguarda delle idee pratiche su come sostenere al meglio gli studenti durante il periodo di recupero/reinserimento: ciò che serve è una guida molto pratica che evidenzia le cose da fare e da non fare in vari scenari, come il momento del pasto o lo sport, e fornisca approcci suggeriti per altre aree, come i compiti e la partecipazione alle lezioni.

Indubbiamente gli insegnanti sono preoccupati per la salute degli studenti in generale, per l'alimentazione e il peso di essi in particolare e per il loro stesso peso, forma e salute. Data la tendenza naturale a trasmettere ai bambini le preoccupazioni per il peso o la forma (McVey, 2008), gli insegnanti hanno bisogno di aiuto per bilanciare i loro messaggi su un'alimentazione sana e uno stile di vita attivo, per evitare di innescare la preoccupazione per il peso o la forma nei loro studenti. Tuttavia, molti segnalano una carenza di supporto o di risorse per farlo in modo efficace.

Un articolo di Yager et al. (2007) esamina l'importante contributo che gli insegnanti e altri educatori (tra cui educatori sanitari, infermieri scolastici, consulenti scolastici, psicologi scolastici e allenatori sportivi) possono offrire nella prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità infantile. L'obiettivo è di esaminare specificamente come gli insegnanti e il personale scolastico possano essere formati e preparati al meglio per tale ruolo di prevenzione. Ad esempio, gli insegnanti di educazione fisica e salute hanno accesso formale e informale a un gran numero di giovani in un ambiente che stimola la discussione e consente di tenere lezioni sull'immagine del corpo, l'alimentazione e il controllo del peso. Attualmente, però, le scuole non sfruttano al meglio queste potenziali opportunità di prevenzione dei disturbi legati all'immagine corporea e dell'obesità infantile. Gli insegnanti e il personale scolastico ricevono poca o nessuna formazione in materia di nutrizione o di tecniche di prevenzione e riferiscono costantemente che la mancanza di

conoscenze costituisce un ostacolo all'attuazione dei programmi di prevenzione. Spesso questa mancanza può portare anche effetti dannosi: O'Dea e Abraham (2001) hanno rilevato che l'87% degli insegnanti di educazione fisica e di economia domestica in formazione ha riferito di aver dato consigli dietetici severi e inadeguati a studenti adolescenti in sovrappeso, raccomandando ad esempio di seguire una dieta da 1.200 calorie. Gli insegnanti avevano anche una scarsa conoscenza e molte idee sbagliate sull'eziologia e sugli effetti dei disturbi alimentari. È stato dimostrato che gli operatori scolastici necessitano e richiedono una formazione ulteriore per essere assistiti nella prevenzione dei problemi legati all'alimentazione e al peso nelle scuole.

### **3.4 Valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento**

In questa sezione proverò a esporre e analizzare dei programmi di ricerca e intervento, mirati a offrire strumenti di prevenzione, che sono stati applicati in ambito scolastico, in modo da capirne i punti di forza, le criticità, le componenti efficaci e le problematiche emerse.

Una meta-analisi di 27 programmi di prevenzione dei disturbi alimentari su larga scala condotta da Yager e O'Dea (2008) ha rilevato che gli approcci basati sull'informazione, sul comportamento cognitivo e sulla psicoeducazione erano i meno efficaci. Al contrario, gli approcci basati sull'alfabetizzazione ai media e sulla dissonanza sono risultati tra quelli con il maggior potenziale di successo. Infatti, i programmi che utilizzano l'approccio dell'alfabetizzazione mediatica cercano di educare la popolazione target sulle tecniche ingannevoli utilizzate dai media nel presentare l'ideale corporeo (come programmi grafici che permettono la modifica di foto e video in maniera molto raffinata, rendendo molto difficile la distinzione da una foto non ritoccata), al fine di prevenire e ridurre i disturbi dell'immagine corporea. Uno studio di Anderson et al. (2017) ha, quindi, esaminato la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia di un programma di sviluppo professionale a più livelli per la prevenzione dei disturbi alimentari; sviluppato dall'organizzazione Mental Fitness, tale programma ha basi nell'HBM (Health Belief System, un quadro teorico che suggerisce che le persone agiranno per prevenire determinate condizioni di salute se si ritengono a rischio, se le conseguenze per la salute sono gravi, se il comportamento raccomandato ridurrà la loro suscettibilità alle conseguenze gravi e se i benefici di seguire il comportamento raccomandato superano i costi). Un disegno quasi sperimentale pre-

test/post-test ha valutato le conoscenze e gli atteggiamenti dei docenti e del personale delle scuole elementari e medie (n=700) in seguito alla partecipazione a un programma di formazione. La formazione comprendeva un seminario dal vivo su come identificare i quattro tipi di disordine alimentare, il film ED 101, della durata di 30 minuti, che presenta discussioni con esperti, testimonianze di celebrità e un'esibizione musicale, un esercizio per sfatare i miti ed eliminare le falsità sul disordine alimentare; e una sessione di domande e risposte con la partecipazione del direttore clinico di una struttura medica di Durham, nella Carolina del Nord, di una persona in fase di recupero dal disturbo alimentare, di una madre con un figlio che lotta contro il disturbo alimentare e del principale presentatore del seminario dal vivo. I risultati indicano che i partecipanti hanno sperimentato una maggiore consapevolezza della suscettibilità degli studenti e della gravità del disturbo alimentare, un aumento dell'autoefficacia nell'indirizzare gli studenti a risorse appropriate e una percezione complessiva dell'accettabilità della formazione. La formazione ha migliorato con successo le conoscenze degli educatori scolastici in merito all'identificazione e all'approccio agli studenti con disturbi alimentari e all'indirizzamento verso risorse adeguate. Il miglioramento delle conoscenze e degli atteggiamenti suggerisce che i docenti e il personale siano meglio attrezzati per identificare precocemente gli individui a rischio, aumentando le probabilità di recupero dai comportamenti alimentari disordinati. Bandura (1977) suggerisce che, affinché una persona metta in pratica il comportamento necessario a produrre un risultato desiderato, deve avere l'autoefficacia per farlo. Un modo efficace per aumentare le aspettative di autoefficacia è quello di offrire formazione e orientamento formale. La capacità di identificare gli studenti a rischio e di indirizzarli verso risorse adeguate è fondamentale per un intervento precoce e migliora le probabilità di recupero da eventuali disordini alimentari.

L'indagine attuale presenta, però, delle limitazioni. Il disegno quasi sperimentale non includeva un gruppo di controllo. Pertanto, non è possibile affermare che la formazione da sola spieghi il miglioramento dei punteggi tra il pre-test e il post-test. In secondo luogo, è difficile sapere se l'aumento delle percezioni di suscettibilità, gravità e autoefficacia porterà effettivamente all'azione. Una meta-analisi di Webb e Sheeran (2006) ha suggerito che, sebbene l'intenzione di agire porti in molti casi a un cambiamento del comportamento, l'intenzione non è sempre un predittore del comportamento. In terzo luogo, non è possibile sapere, in base alla progettazione del programma di formazione, se

singoli elementi della formazione (per esempio, il seminario dal vivo o il film) siano stati più influenti di altri, o se sia stato il programma di formazione nel suo complesso a influenzare le differenze tra i punteggi del pre-test e del post-test. Uno studio con queste caratteristiche fornisce molti spunti utili su come muoversi nella progettazione di programmi di intervento futuri, ma solleva anche molti dubbi e problematiche delicate su cui riflettere e da affrontare.

Altri risultati ambigui sono emersi da un recente studio australiano di Forbes, Paxton e Yager (2023). In seguito all'invito a replicare in modo indipendente i programmi universali sull'immagine corporea in condizioni diverse, questa ricerca ha voluto indagare se il programma universale di prevenzione co-educativo sviluppato per il pubblico del Regno Unito (Dove Confident Me, DCM), fosse un intervento accettabile ed efficace se proposto direttamente dagli insegnanti alle ragazze adolescenti che frequentano una scuola australiana di sole ragazze. Composto da due studi, lo Studio 1 ha valutato il DCM tra le studentesse (N = 198, tra i 12 e i 15 anni) di una scuola media privata e ha confrontato i risultati con quelli delle studentesse (N = 208) di un gruppo di confronto abbinato. Le ipotesi erano che in seguito alla partecipazione al DCM, le partecipanti riportino una diminuzione significativa dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, degli affetti negativi, della pressione socioculturale percepita, del confronto sociale, delle conversazioni basate sull'aspetto, delle prese in giro basate sull'aspetto, delle barriere all'impegno nella vita e della restrizione alimentare, rispetto a un gruppo di confronto. Infine, si ipotizza che questi risultati saranno mantenuti al follow-up di tre mesi e che il programma sarà ritenuto accettabile da insegnanti e studenti.

I feedback sono stati raccolti attraverso sondaggi che richiedevano circa 15 minuti per essere completati e sono stati rilevati nelle classi in condizioni standardizzate sotto la supervisione di un insegnante. Nel complesso, i risultati non hanno supportato le ipotesi. Sebbene siano stati riscontrati effetti significativi dell'intervento per il confronto sociale e la pressione socioculturale percepita, i risultati sono stati in direzione opposta a quella ipotizzata. Rispetto al gruppo di confronto, le studentesse del gruppo di intervento hanno riportato livelli significativamente maggiori di pressione socioculturale al post-test rispetto al pre-test. I ricercatori hanno suggerito che la scala della pressione socioculturale percepita misurasse in realtà la consapevolezza delle pressioni socioculturali, piuttosto che i sentimenti di disagio. Pertanto, i risultati attuali potrebbero essere il risultato di una maggiore consapevolezza dei partecipanti in merito alle pressioni socioculturali, dovuta

all'attenzione del DCM nell'insegnare agli studenti a riconoscere queste pressioni basate sull'aspetto. Inoltre, rispetto al gruppo di intervento, il gruppo di controllo ha mostrato una riduzione significativamente maggiore del confronto sociale al follow-up di 3 mesi rispetto al pre-test. Il cambiamento dal pre-test al post-test, così come dal pre-test al follow-up a 3 mesi, per le restanti variabili (autostima, autostima corporea, apprezzamento del corpo, piani futuri, affetti negativi, frequenza/impatto delle prese in giro basate sull'aspetto e restrizione alimentare), non differiva significativamente tra i gruppi di intervento e di confronto.

Lo studio 2 ha comportato piccole variazioni alla forma e al contenuto del programma, oltre che alla logistica della consegna. Le modifiche hanno incluso la sostituzione di alcuni fogli di lavoro con discussioni in classe, la rimozione del video relativo a una conversazione negli spogliatoi maschili e l'inclusione di due video australiani. La proposta è stata dispensata direttamente dagli insegnanti a studentesse della stessa scuola secondaria di primo grado (N = 242 di intervento e N = 354 di confronto). Inoltre, l'intervento si è svolto all'inizio dell'anno scolastico e il gruppo di confronto comprendeva studenti che frequentavano due scuole non coinvolte nello studio precedente. Nell'analisi dei risultati è emerso che le studentesse del gruppo di intervento hanno riportato livelli significativamente maggiori di interiorizzazione dell'ideale di magrezza sia al post-test che al follow-up di tre mesi rispetto al pre-test. In secondo luogo, rispetto al gruppo di confronto, le studentesse del gruppo di intervento hanno riportato livelli significativamente maggiori di pressione socioculturale al post-test rispetto al pre-test. Per le altre variabili (autostima, stima corporea, apprezzamento del corpo, confronto sociale, discorsi sull'aspetto, pressione materna e restrizione alimentare), il cambiamento dal pre-test al post-test e dal pre-test al follow-up di tre mesi non differiva significativamente tra il gruppo di intervento e quello di confronto. Gli alti indici di accettabilità osservati nello Studio 2 per la versione modificata del DCM suggeriscono che, mentre i ricercatori sono esperti di teoria eziologica, il personale scolastico è esperto dei propri studenti e della comunità scolastica. Per garantire che gli interventi siano sufficientemente flessibili da supportare la malleabilità del contenuto e del disegno, ma allo stesso tempo sufficientemente robusti da sostenere l'efficacia, si raccomanda una maggiore collaborazione tra ricercatori e personale scolastico.

Ad analizzare, invece, il programma “Happy Being Me” (HBM) è stato uno studio di Stewart et al. (2022). La ricerca valuta l'erogazione di HBM con ragazzi e ragazze del

primo anno di scuola secondaria nel Regno Unito (età compresa tra 11 e 12 anni). L'HBM è un programma manualizzato di prevenzione universale e manuale che mira a migliorare l'insoddisfazione corporea e i fattori di rischio associati. Sviluppato in Australia, utilizza un approccio interattivo basato sui pari e comprende attività che inducono dissonanza, responsabilizzazione e sfida attiva delle norme culturalmente rinforzate. L'HBM si rivolge ai fattori di rischio psicologici dell'insoddisfazione corporea: interiorizzazione dell'ideale di magrezza proveniente dai media, confronti con il corpo e autostima. Si rivolge, inoltre, ai fattori di rischio dell'ambiente dei pari, come le conversazioni sull'aspetto e le prese in giro legate al peso. L'insoddisfazione corporea e l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza sono state identificate da Wilksch e Wade (2009) come due dei quattro endofenotipi associati allo sviluppo di preoccupazioni clinicamente significative per la forma e il peso in un campione di adolescenti più giovani (tra i 12 e i 15 anni). L'interiorizzazione dell'ideale di magrezza attraverso un processo di confronto tra le immagini dei media e le aspettative culturali e la forma corporea auto-percepita aumenta la consapevolezza della discrepanza tra l'ideale percepito e il corpo auto-percepito. Questa discrepanza porta all'insoddisfazione corporea. Inoltre, i fattori presenti nell'ambiente dei coetanei, come le prese in giro legate al peso e le conversazioni basate sull'aspetto fisico, aumentano la pressione socioculturale che grava sugli individui. In origine il programma era di tre sessioni per ragazze di 12 anni, poi sviluppato in un programma di sei sessioni per ragazzi e ragazze. Dunstan et al. (2017) hanno aggiunto sessioni che tenevano conto della tendenza dei maschi a preoccuparsi dell'aspetto muscolare rispetto alle preoccupazioni delle ragazze legate al peso. Queste sessioni aggiuntive hanno affrontato le prese in giro relative all'aspetto, la pressione percepita per aderire agli ideali di peso e muscolatura e una sessione di revisione. Questo programma di sei sessioni è quello utilizzato nella ricerca attuale. Lo studio ipotizza che gli studenti che ricevono il programma HBM mostreranno miglioramenti nel periodo di intervento rispetto al gruppo di controllo per quanto riguarda i risultati psicologici, tra cui la soddisfazione corporea (risultato primario), l'autostima e i sintomi dei disturbi alimentari, nonché i fattori di rischio (interiorizzazione dell'ideale di magrezza, conversazioni sull'aspetto, confronti fisici) e la conoscenza degli argomenti trattati nell'HBM, e che questi cambiamenti saranno mantenuti tre mesi dopo il completamento del programma. Ciascuna delle sei sessioni è stata concepita per corrispondere all'incirca a una lezione scolastica di 50 minuti. L'HBM aveva uno spazio settimanale ritagliato nell'ambito delle lezioni di Educazione personale, sociale e sanitaria, mentre la classe di controllo ha

continuato a seguire le lezioni abituali. Quattro clinici (tre psicologi clinici, un terapeuta occupazionale), ciascuno specializzato nel trattamento dei disagi dell'immagine corporea e della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, hanno erogato l'intervento. L'ipotesi primaria è stata sostenuta; la soddisfazione corporea è migliorata significativamente durante il periodo di intervento per coloro che hanno ricevuto l'HBM rispetto a quelli del gruppo di controllo e questo effetto è stato mantenuto al follow-up. Questo effetto è stato riscontrato sia nei dati dei ragazzi che delle ragazze. Meno supporto è stato trovato per le ipotesi secondarie. Gli studenti che hanno ricevuto il programma hanno mostrato un'acquisizione significativamente maggiore delle conoscenze sull'argomento rispetto ai controlli, ma non ci sono stati cambiamenti significativi nei fattori di rischio potenziali, né chiari benefici dell'HBM sui risultati secondari.

Il secondo studio era una prova di non inferiorità tra gruppi di HBM guidati da un medico e gruppi guidati da un insegnante, per verificare l'equivalenza delle due modalità di dispensazione. Come discusso in precedenza, l'HBM è stato progettato per essere proposto da professionisti di diversa estrazione e non è richiesta una formazione specifica per farlo. Tuttavia, non ci sono studi che dimostrino che si possano ottenere risultati equivalenti indipendentemente dal background professionale di coloro che erogano il programma. L'ipotesi è che tutti gli studenti che ricevono il programma HBM mostreranno miglioramenti nel corso del periodo di intervento per quanto riguarda la soddisfazione corporea, i fattori di rischio, l'autostima, i sintomi dei disturbi alimentari e la conoscenza dell'argomento e che tali miglioramenti saranno mantenuti tre mesi dopo il completamento del programma. Inoltre, si ipotizza che non vi siano differenze tra i gruppi guidati da insegnanti e clinici. Contrariamente a quanto ipotizzato, è stata riscontrata una differenza significativa tra i gruppi guidati da un insegnante e quelli guidati da un medico per quanto riguarda il cambiamento nella misura di risultato primaria della soddisfazione corporea. A differenza di quelli del gruppo guidato dall'insegnante, i giovani del gruppo guidato dal medico hanno riportato un miglioramento della soddisfazione corporea dopo l'intervento, che si è mantenuto a tre mesi di distanza. In conclusione, l'HBM ha un impatto sulla soddisfazione corporea, sull'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, sull'autostima e sui sintomi dei disagi dell'immagine corporea (quando viene proposto a una coorte eterogenea e di genere misto di giovani nel Regno Unito). Tuttavia, la raccomandazione del suo utilizzo da parte del personale scolastico deve essere fatta con cautela, in quanto i risultati di questi studi non indicano miglioramenti significativi nel

risultato chiave: la soddisfazione corporea. Questo potrebbe riflettere una minore aderenza, da parte degli insegnanti, al manuale del programma rispetto ai clinici e ai ricercatori.

Di Torres-Castaño et al. (2022) è una scoping review degli impatti etici, legali, organizzativi e sociali di un programma universale per la prevenzione dei disturbi alimentari (UPPED) nei bambini e negli adolescenti. Sono stati inclusi quattordici studi: un'analisi di tipo descrittivo, quattro analisi narrative, sei studi osservazionali, due studi qualitativi e uno studio a metodi misti. I risultati sono stati sintetizzati in base a equità, prospettiva di genere, potenziale danno, profilo dei partecipanti e dei facilitatori, fattibilità e accettabilità.

Oggi, le diverse UPPED comprendono programmi di alfabetizzazione ai media, programmi basati sulla terapia cognitivo-comportamentale, prevenzione dell'obesità, miglioramento dell'autostima e programmi multicomponenti. Per valutare la convenienza del finanziamento di questi interventi, il Ministero della Salute spagnolo ha commissionato lo sviluppo di un rapporto di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) nell'aprile del 2020, per valutare l'efficacia e il rapporto costo-efficacia dell'UPPED nei bambini, nei preadolescenti e negli adolescenti. I risultati di questo rapporto hanno dimostrato che l'applicazione dell'UPPED nei bambini e negli adolescenti in ambito scolastico, rispetto alle cure usuali (senza interventi preventivi), non ha effetti sui livelli di preoccupazione per la forma, l'insoddisfazione corporea, la pulsione per la bellezza, le pressioni dei media e l'interiorizzazione dell'attuale ideale di bellezza, l'autostima, la stima corporea, la qualità della vita e lo stato di salute generale. Tuttavia, questi interventi aumentano leggermente le preoccupazioni legate al peso e solo le ragazze che hanno partecipato a questi programmi presentano una riduzione dei sintomi di ED a breve termine. L'UPPED aumenta la possibilità di avere un impatto a livello individuale, di gruppo e di comunità, nel ridurre la probabilità di sviluppare un disturbo alimentare. Sebbene l'intervento multicomponente fornisca lievi benefici a breve termine per i pazienti, non è certo che la sua inclusione nella pratica di routine sia una strategia efficace dal punto di vista dei costi. L'analisi etica si concentra principalmente (ma non esclusivamente) sul bilanciamento rischi-benefici, sull'autonomia, sul rispetto delle persone, sulla giustizia e sull'adeguatezza. Gli aspetti giuridici si concentrano principalmente sull'autonomia dei partecipanti, la privacy, l'uguaglianza nell'assistenza sanitaria, l'autorizzazione e la sicurezza e la regolamentazione del mercato, tra gli altri.

Gli aspetti organizzativi riguardano il processo di erogazione della salute (ad esempio, un nuovo intervento può richiedere nuovi tipi di professionisti o nuovi compiti per il personale esistente, oltre alla comunicazione e alla cooperazione), le questioni legate all'accesso, considerando il ruolo potenziale delle telecomunicazioni e della salute, i costi diretti, nonché i problemi di gestione e le opportunità legate agli interventi. L'analisi sociale comprende le prospettive dei partecipanti e del caregiver rispetto agli interventi, nonché il punto di vista del professionista; gli aspetti della comunicazione (ad esempio, quali questioni specifiche potrebbero essere comunicate ai partecipanti); e gli aspetti del gruppo sociale (ad esempio, i fattori che potrebbero impedire a un gruppo o a una persona di accedere e di aderire agli interventi).

I principali risultati sono stati organizzati in base a sei diverse dimensioni rilevanti estratte dagli studi inclusi: equità, prospettiva di genere, riduzione del danno, profili dei partecipanti, fattibilità e accettabilità. Sebbene i programmi di prevenzione dell'ED possano essere concepiti per popolazioni specifiche (ragazze e/o ragazzi a rischio), l'UPPED raggiunge gruppi più ampi, sia della comunità che della popolazione scolastica, aumentando la probabilità di cambiamenti positivi nelle convinzioni e negli stereotipi relativi alla "forma fisica ideale", alle strategie di controllo del peso e ai comportamenti alimentari e di esercizio fisico. Gli interventi preventivi potrebbero essere applicati attraverso la partecipazione a dialoghi critici che, in condizioni di equità, sicurezza e accompagnamento, promuovano un approccio critico al tema del peso corporeo e della preoccupazione per la forma del corpo. In questo modo, i partecipanti potranno sviluppare e perseguire, in un contesto relazionale positivo, una posizione critica attiva nei confronti delle pressioni culturali. L'equità e la prospettiva di genere sono chiaramente correlate: l'UPPED che include bambini e bambine può portare a trasformazioni ambientali e a cambiamenti più sostenibili. I programmi che guardano al genere per la trasformazione dei sistemi sociali cercano di rafforzare l'uguaglianza. Secondo Neumark-Sztainer (1996), gli approcci inclusivi dovrebbero considerare le dimensioni comuni e specifiche di genere dei programmi di prevenzione, attraverso un'analisi critica degli stereotipi di genere. Entrambe le prospettive di genere convergono, tuttavia, sul potenziale impatto delle immagini corporee nelle relazioni sociali. Il potenziale impatto negativo del fornire informazioni sull'ED, compresi i metodi di gestione del peso (fame, vomito, uso di lassativi), ha favorito l'attuale passaggio a un paradigma di promozione della salute nella prevenzione dell'ED. Di conseguenza, le informazioni su questi comportamenti

potrebbero essere sostituite da strategie per aumentare l'empowerment personale e l'autostima complessiva. Inoltre, i programmi preventivi per l'ED possono essere più accettati ed efficaci se si considerano i profili dei partecipanti, compresi aspetti quali la maturità, il livello di conoscenza, il rischio di sviluppare un ED, nonché la motivazione a partecipare all'intervento. Questo può essere dovuto alla maggiore sensibilità e reattività nei confronti della percezione del proprio corpo, ai cambiamenti normativi della pubertà e alla pressione sociale degli amici e dei mass-media. Per quanto riguarda la forma delle sessioni, alcuni programmi di prevenzione hanno incluso discussioni di gruppo e valutazione critica dei messaggi dei media, poiché l'impatto dei media e del gruppo dei coetanei sullo sviluppo di sistemi di credenze riguardanti i concetti di bellezza e di peso corretto è resistente agli interventi individuali o di piccolo gruppo. L'educazione delle famiglie all'alimentazione sana e all'identificazione dei segni di ED è stata enfatizzata. I genitori possono essere un modello di comportamento per l'immagine del corpo e per l'alimentazione molto solido che può incidere molto sui comportamenti alimentari nel tempo. Alcuni interventi hanno incluso compiti per migliorare le capacità di comunicazione con la famiglia e i colleghi, data l'importanza di queste relazioni nello sviluppo dell'ED. L'accettabilità dei programmi preventivi di ED potrebbe essere migliorata collegando i contenuti agli aspetti rilevanti e sensibili degli interessi e dei bisogni dei partecipanti, indirizzati allo sviluppo del pensiero critico. Gli interventi finalizzati allo sviluppo di una visione critica degli stereotipi sociali della bellezza offerti dai media, basati su metodologie interattive e costruttive, piuttosto che su approcci psicoeducativi tradizionali, sono stati meglio accettati.

Un brillante studio sviluppato in Germania di Berger et al. (2008) mostra come i programmi scolastici, incentrati sui fattori di rischio per le donne con elementi interattivi, induzione di dissonanza e sessioni di richiamo, producono effetti significativi. Il metodo utilizzato è il programma PriMa (programma scolastico tedesco per la prevenzione primaria dell'anoressia nervosa (AN) per ragazze fino a 12 anni), e in questo paper viene presentato il processo di valutazione del programma (che ha incluso 1.006 ragazze di 42 scuole della Turingia, in Germania, che hanno partecipato a uno studio controllato con un disegno pre-post e un follow-up di tre mesi), l'attuazione del programma e lo sviluppo di programmi di follow-up, tra cui un intervento per i ragazzi e azioni secondarie di prevenzione (come una linea telefonica diretta). L'obiettivo principale del PriMa è stato quello di creare un programma di intervento scientificamente fondato per prevenire e

ridurre i comportamenti alimentari problematici, concentrandosi principalmente sui problemi associati all'AN. Il programma è stato sviluppato facendo riferimento a un modello bio-psico-sociale di salute e malattia (Engel, 1977) per rafforzare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio in modo chiaro e adeguato all'età. Per migliorare l'interattività, le lezioni sono state arricchite da diverse esercitazioni e giochi di ruolo. Le nove lezioni del programma si basano su poster standardizzati e linee guida per incoraggiare le discussioni di gruppo. I poster mostrano come la bambola Barbie (e la sua famiglia) sia coinvolta nelle tipiche azioni legate ai disturbi dell'alimentazione. Per verificare l'efficacia del programma, sono stati inclusi solo i dati del 26,7% di ragazze ad alto rischio. Questa strategia corrisponde al cosiddetto Modello di Rose, che suggerisce che gli effetti positivi dell'intervento possono essere attesi prevalentemente tra le persone ad alto rischio piuttosto che tra quelle a basso rischio (Austin, 2001). Le valutazioni degli insegnanti e degli studenti sui poster di Barbie e sugli altri contenuti del programma sono state significativamente positive e indipendenti dalla durata complessiva del programma (la durata media è stata di 16 settimane). In media, il 92% delle ragazze ha partecipato a ogni lezione del programma. Poiché le valutazioni sono state migliori nell'ultima che nella prima lezione, è stata esclusa l'influenza della stanchezza. Dopo le lezioni, le ragazze hanno giudicato significativamente positivo l'aumento del loro apprendimento.

Attualmente, il programma PriMa è in fase di valutazione a lungo termine e di dimostrazione della sua sostenibilità nell'ambito di un progetto promosso dal "Ministero tedesco per l'Istruzione e la Ricerca". Per fare in modo che il programma raggiunga un ottimo livello di efficacia, è necessario tradurre le raccomandazioni e le linee guida nelle condizioni specifiche di una determinata comunità. Questo comporta alcune limitazioni e compromessi, che devono essere accettati per una diffusione programmata di successo. Tuttavia, al di là dei risultati della ricerca presentati, spesso non è chiaro se e come i programmi possano essere diffusi su scala più ampia all'interno di una comunità, di una regione o di un Paese.

L'ultimo studio preso in considerazione è stato condotto da Schiele et al. (2020); è stato progettato per comprendere meglio la necessità di una maggiore consapevolezza e di un maggiore supporto per gli individui che lottano contro i problemi dell'immagine corporea all'interno del sistema scolastico. Lo studio ha previsto una fase qualitativa, con interviste a otto ragazze adolescenti in trattamento per disturbi alimentari e, a sei di loro, alle loro madri, e una fase quantitativa, con un'ampia indagine sul personale coinvolto

nell'erogazione dei servizi sanitari nei contesti scolastici. È stato previsto che la maggior parte dei professionisti del SMH (School Mental Health) avrebbe incontrato studenti con problemi legati all'immagine corporea, ma che i servizi effettivi per questi studenti sarebbero stati limitati, con una serie di barriere incontrate nell'erogazione di questi servizi. Integrando i dati provenienti dalle fasi qualitative e quantitative dello studio, le domande della ricerca erano volte ad aumentare la comprensione dei temi che ostacolano e aiutano gli studenti che presentano disagi a livello di immagine corporea a recuperare e dei benefici e modi per migliorare il SMH per questi studenti. Per rispondere a queste domande, sono stati cercati i punti di vista degli studenti/famiglie che necessitano di un trattamento per i disturbi alimentari (qualitativo) e di coloro che sono coinvolti nel potenziale miglioramento dei servizi attraverso l'SMH (quantitativo).

Nella fase qualitativa i partecipanti sono stati reclutati da un gruppo settimanale di sostegno ai genitori offerto dal principale terapeuta ambulatoriale di una struttura specializzata nel trattamento dei disturbi alimentari in una piccola città del sud-est statunitense. Il campione qualitativo totale era di 14 persone, composto da 8 donne in fase di recupero dal disturbo alimentare e 6 madri. Due delle 8 donne in fase di recupero non avevano madri disposte a partecipare allo studio. Tutti i partecipanti sono stati identificati come donne caucasiche. Le donne in fase di recupero avevano un'età compresa tra i 15 e i 24 anni ed erano attualmente iscritte alla scuola superiore o all'università. Il campione di madri aveva un'età compresa tra i 47 e i 58 anni, tutte hanno completato la scuola superiore e hanno conseguito un diploma di istruzione superiore. Per quanto riguarda la fase quantitativa, un totale di 720 fornitori di SMH ha completato il sondaggio; tuttavia, a causa di dati mancanti, la dimensione finale del campione è stata di 561. Gli intervistati erano prevalentemente di sesso femminile (91,8%) e di origine caucasica (92,2%) e avevano da 1 a 5 anni di esperienza lavorativa nelle scuole (29,8%). Gli intervistati erano infermieri scolastici (N = 164), psicologi scolastici (N = 163) e consulenti scolastici (N = 113) e il 41% possedeva un master. Gli intervistati erano per lo più impiegati in una scuola elementare (28,0%), elementare/media (23,7%) o superiore (22,3%) in un contesto urbano non metropolitano (49,2%) con più del 70% degli studenti che usufruiscono del pranzo gratuito/ridotto (23,0%). Agli intervistati è stato chiesto di completare il sondaggio in relazione alle loro esperienze in un edificio scolastico, che in genere comprende un consulente scolastico, uno psicologo scolastico e, in alcuni casi, un assistente sociale scolastico e un medico dell'agenzia di salute mentale della comunità. L'indagine

comprendeva domande demografiche (età, sesso, etnia, titolo professionale e livello di istruzione conseguito) e domande quali gli anni di esperienza come operatore SMH, la sede di lavoro, la composizione della popolazione studentesca e il tempo trascorso nella fornitura di servizi di intervento. Inoltre, i partecipanti hanno descritto le loro esperienze specifiche nel fornire servizi a studenti che presentano disturbi alimentari, hanno identificato le barriere/limitazioni a questi servizi e hanno formulato raccomandazioni per superarle. Per condurre le analisi qualitative è stato utilizzato il programma NVIVO. Un tema forte, indicato dal 50% delle madri e degli adolescenti, è che gli insegnanti e i consulenti scolastici sono fortemente coinvolti nell'identificazione del disturbo alimentare. Le madri hanno riferito di essere state contattate da uno o più insegnanti della figlia in merito a comportamenti scolastici preoccupanti e correlati a un disturbo dell'alimentazione. L'identificazione da parte degli insegnanti spesso porta alla ricerca di un trattamento da parte delle adolescenti e delle loro madri. Un altro tema comunicato da sei adolescenti e quattro madri è l'importanza del sostegno della scuola, luogo e ambiente chiave durante il trattamento. Inoltre, quattro adolescenti hanno percepito che i professionisti del counseling nelle loro scuole non avevano la formazione necessaria per intervenire nel caso di un disturbo alimentare. I genitori hanno menzionato la riluttanza a rivolgersi volontariamente a un professionista della scuola, spesso dovuta al mancato riconoscimento del proprio problema o alla mancanza di fiducia verso i professionisti scolastici da parte delle figlie. I temi emersi dalle risposte delle madri e delle figlie in merito ai servizi scolastici per i disturbi alimentari comprendono una maggiore consapevolezza, il sostegno al recupero, il coinvolgimento e l'educazione della famiglia e il collegamento alle risorse.

È stato discusso che una maggiore consapevolezza diminuirebbe la visione stereotipata dei disturbi dell'immagine corporea e potrebbe potenzialmente ridurre la stigmatizzazione associata ai disturbi. I partecipanti hanno indicato che, con una maggiore consapevolezza, gli studenti potrebbero sentirsi più supportati e a proprio agio nel rivolgersi al personale scolastico per discutere dei loro problemi. Tutte le madri e sette adolescenti hanno indicato che i servizi SMH potrebbero aiutare il personale scolastico a essere più consapevole dei segni e dei sintomi dei disturbi. Un altro tema emerso dalla discussione sui benefici dei servizi SMH per i giovani con disordini alimentari è stato quello del sostegno durante il periodo di recupero. Sette adolescenti hanno sostenuto i servizi SMH perché potevano fornire una persona con cui lo studente poteva parlare

durante il giorno se si sentiva turbato o aveva bisogno di qualcuno che lo ascoltasse. Queste persone hanno riferito che, piuttosto che aver bisogno di un trattamento personalizzato per i disturbi alimentari a scuola, avrebbero tratto beneficio dal poter parlare con un professionista dello SMH. Tutte le madri hanno anche indicato che l'inclusione dei servizi SMH potrebbe fornire alle famiglie un sostegno mentre le figlie sono in fase di recupero. Un tema emerso è la necessità critica di coinvolgere la famiglia e l'idea che i servizi SMH possano fornire questo servizio. Due adolescenti e tutte le madri hanno riconosciuto la mancanza di comprensione da parte dei genitori di come affrontare il disturbo alimentare e che il personale scolastico potrebbe aiutare i genitori attraverso incontri con le famiglie. Un vantaggio dei servizi SMH, condiviso da tre adolescenti e due madri, è che i professionisti possono mettere in contatto gli studenti e le famiglie con le risorse per il trattamento. Un genitore ha spiegato che la scuola potrebbe essere determinante nell'identificazione dei disagi legati all'alimentazione, data la quantità di tempo trascorsa con gli studenti. Un adolescente ha anche spiegato che l'inclusione dei servizi SMH potrebbe aiutare a collegare gli studenti alle risorse prima che il loro disturbo raggiunga un livello tale da richiedere un'assistenza di livello superiore.

Ai partecipanti che hanno completato il questionario è stato chiesto di distinguere i sintomi dei diversi disturbi alimentari. Sono stati istruiti a identificare quali sintomi comportamentali e cognitivi fossero associati all'anoressia nervosa, alla bulimia nervosa, al disturbo da alimentazione incontrollata, nonché a una combinazione dei suddetti disturbi. Solo i sondaggi completi sono stati utilizzati per le analisi, mentre una manciata di sondaggi incompleti non sono stati inclusi. La maggior parte degli intervistati ha identificato correttamente i sintomi dell'AN. La maggioranza degli intervistati ha indicato come sintomi di AN la diminuzione dell'assunzione di cibo (67,9%), l'intolleranza al freddo (64,2%), i capelli lanuginosi (60,4%), la cachessia (61,0%) e l'amenorrea (58,1%). Inoltre, una maggioranza significativa di intervistati ha identificato correttamente la sovralimentazione come sintomo di BN e BED (70,8%) e la preoccupazione per il cibo come sintomo di tutti i disturbi alimentari (77,5%). La maggior parte degli intervistati ha erroneamente identificato i sintomi dell'immagine corporea distorta (64,7%), dei comportamenti autolesivi (61,1%) e della paura di aumentare di peso (58,8%) come associati a tutti i problemi di immagine corporea. Agli intervistati è stato fornito un elenco di fattori e chiesto di indicare quali fossero noti per esacerbare l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata nei bambini e negli

adolescenti. Per quanto riguarda l'AN, la maggior parte degli intervistati ha identificato correttamente le tendenze perfezionistiche (95,2%), l'ansia (93,6%), la bassa autostima (91,6%), le tendenze ossessive (87,5%), l'inefficacia personale (84,5%), le pressioni della società (82,2%), la depressione (80,0%), la dipendenza dagli altri per l'approvazione (77,9%) e le tendenze familiari patologiche (56,0%) come fattori precipitanti o esacerbanti. Tuttavia, la maggior parte degli intervistati ha sbagliato a identificare l'elemento della disposizione genetica per l'AN, con solo il 36,5% che ha indicato che questi fattori sono all'origine dei disturbi alimentari. Per la BN, la maggior parte degli intervistati ha identificato correttamente la bassa autostima (90,4%), l'ansia (83,8%), le pressioni della società (82,7%), l'inefficacia personale (80,9%), la depressione (80,9%), la dipendenza dagli altri per l'approvazione (76,6%), le tendenze ossessive (72,0%), le tendenze perfezionistiche (67,4%), il basso locus of control interno (62,2%) e le tendenze patologiche della famiglia (52,0%) come fattori precipitanti o esacerbanti. Come nel caso dell'AN, la maggior parte degli intervistati non ha identificato il fattore precipitante di una predisposizione genetica; solo il 30,5% ha rilevato il ruolo di una predisposizione genetica per la BN. Infine, per quanto riguarda il BED, la maggior parte degli intervistati ha identificato correttamente l'ansia (85,2%), la bassa autostima (84,8%), la depressione (82,5%), l'inefficacia personale (78,1%), il basso locus of control interno (72,5%), le tendenze ossessive (66,7%), le pressioni della società (64,0%), la dipendenza dagli altri per l'approvazione (56,7%) e le tendenze familiari patologiche (54,2%) come fattori precipitanti o esacerbanti. I fattori più frequentemente erroneamente identificati per il disturbo da alimentazione incontrollata sono stati la predisposizione genetica (62,6%), le tendenze perfezionistiche (57,8%) e la trascuratezza (52,0%). La maggior parte dei partecipanti ha risposto che questi fattori non sono associati al disturbo da alimentazione incontrollata.

Questo studio è stato originale nel modo in cui ha esplorato i servizi di salute mentale scolastica per i giovani con disturbi alimentari, che spesso sono stati trascurati nella ricerca sulla salute mentale scolastica. Grazie all'uso di un approccio combinato qualitativo e quantitativo, i risultati di questo studio hanno dimostrato lo stato attuale dei servizi di SMH per i giovani con problemi legati all'alimentazione e la necessità di un maggiore supporto per questa popolazione. I risultati di questo studio documentano che i professionisti della salute mentale nelle scuole riconoscono una serie di limiti nel loro lavoro con gli studenti che presentano problemi legati all'alimentazione, e i risultati di

questo studio indicano importanti direzioni per la formazione e il miglioramento della pratica (ad esempio, identificare questi studenti, fornire loro un trattamento efficace, assisterli nelle transizioni da e verso strutture di trattamento più intensive). I risultati hanno indicato una mancanza di formazione e di conoscenza degli interventi appropriati tra i professionisti dei servizi sanitari di base. La mancanza di conoscenze e di formazione è stata citata come un ostacolo frequente all'identificazione e all'erogazione del trattamento. Nel complesso, i risultati qualitativi e quantitativi sono coerenti con la letteratura finora disponibile in merito alla fornitura di servizi per questa popolazione. Le implicazioni per la ricerca e la pratica di questo studio suggeriscono che è necessario lavorare per valutare l'efficacia dei servizi SMH per i giovani con disturbi alimentari attraverso studi controllati. I partecipanti alle interviste qualitative hanno indicato che l'identificazione del disturbo alimentare da parte dell'insegnante e il supporto della scuola nel recupero hanno favorito il loro processo di recupero. Questi esiti supportano l'idea che la scuola sia un luogo privilegiato per l'identificazione precoce dei disagi dell'immagine corporea, dato l'elevato numero di bambini e adolescenti potenzialmente a rischio. I risultati dello studio attuale suggeriscono che i professionisti della scuola hanno il potenziale per svolgere un ruolo chiave e, se dotati di informazioni e formazione adeguate, possono rispondere a un bisogno non ancora colmato.

La maggior parte degli approcci alla prevenzione finora adottati tende ad aspettarsi un cambiamento nel comportamento dei bambini e degli adolescenti in seguito all'attuazione di un programma di prevenzione di durata determinata e limitata, indipendentemente dalla vita quotidiana dei bambini nella scuola nel suo complesso. Un'altra ragione della mancanza di enfasi sul ruolo degli insegnanti può essere legata al modo gerarchico di concettualizzare la conoscenza. Nella nostra società guidata dalla scienza, la conoscenza accademica è privilegiata rispetto a quella basata sulla pratica. I programmi di prevenzione sono stati sviluppati nelle istituzioni accademiche e poi "importati" nelle scuole, spesso senza incorporare la ricca esperienza di base o la creatività degli insegnanti (Piran, 2010).

Autori	Titolo paper	Nazione	Tipologia di progetto	Obiettivi desiderati	Età di riferimento	Esiti
Forbes et al., 2023	“Independent pragmatic replication of the Dove Confident Me body image program in an Australian Girls Independent Secondary School”	Australia	programma di intervento per il miglioramento l'immagine corporea	Riduzione dei fattori di rischio per l'insoddisfazione corporea, tra cui l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, il confronto con il corpo, le conversazioni incentrate sull'aspetto e le prese in giro legate all'aspetto	11-15	Nel gruppo di intervento maggiori livelli di interiorizzazione dell'ideale di magro, maggiore percezione della pressione socio-culturale
Torres-Castaño et al., 2022	“Universal programs to prevent eating disorders in children and adolescents: A scoping review of ethical, legal, organisational and social impacts”	Spagna	Scoping review che analizza 1 systematic review, 4 narrative reviews, 6 studi osservazionali, 2 studi qualitativi e 1 studio con metodi misti	Indagare le implicazioni etiche, legali, a livello organizzativo e l'impatto sociale di programmi universali di prevenzione per i DA	11-16	Gli interventi finalizzati allo sviluppo di una visione critica degli stereotipi sociali della bellezza offerti dai media, basati su metodologie interattive e costruttive, piuttosto che su approcci psicoeducativi tradizionali, risultano più efficaci
Stewart et al., 2022	“Can more people be “Happy Being Me”? Testing the delivery of a universal body satisfaction program by clinicians and school staff”	UK	HBM è un approccio interattivo basato sui pari e comprende attività che inducono dissonanza, responsabilità e sfida attiva delle norme culturalmente rafforzate	Mira a migliorare l'insoddisfazione corporea e i fattori di rischio associati	11-12	L'HBM ha un impatto sull'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, sull'autostima e sui sintomi dei disagi dell'immagine corporea. Risultati meno promettenti sulla soddisfazione corporea. L'intervento risulta più efficace quando è un medico a proporlo

Schiele et al., 2020	“Improving School Mental Health Services for Students with Eating Disorders”	USA	Studio con componenti qualitative e quantitative, che esamina le prospettive degli adolescenti in fase di recupero dai disturbi alimentari, dei familiari e dei professionisti del SMH.	Indagare le conoscenze e competenze possedute dai professionisti della salute mentale che operano in ambiente scolastico	/	La maggior parte dei professionisti dei servizi sociali non ha ricevuto una formazione per l'identificazione e/o l'intervento sui disturbi dell'alimentazione. I dati suggeriscono che la mancanza di riferimenti e la limitatezza di conoscenze, competenze e tempo interferiscono con la loro capacità di identificare e intervenire efficacemente
Anderson et al., 2017	“An exploratory evaluation of the feasibility, acceptability, and efficacy of the mental fitness disordered eating program in schools”	USA	Studio che esamina la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia di un programma di sviluppo professionale a più livelli per la prevenzione dei disturbi alimentari	Valutare, attraverso un disegno sperimentale pre-test/post-test le conoscenze e gli atteggiamenti dei docenti e del personale delle scuole elementari e medie verso i disagi legati al corpo dopo la partecipazione a un training	/	I partecipanti hanno sperimentato una maggiore consapevolezza della suscettibilità degli studenti e della gravità del disturbo alimentare, un aumento dell'autoefficacia nell'indirizzare gli studenti a risorse appropriate e una percezione complessiva dell'accettabilità della formazione
Berger et al., 2008	“Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination”	Germania	Studio che testa l'efficacia di un programma scolastico per la prevenzione primaria dell'anoressia	Provare che i programmi scolastici, incentrati sui fattori di rischio per le femmine con elementi interattivi, induzione di dissonanza e sessioni di richiamo, producono effetti significativi	12	Le ragazze del gruppo di intervento del PriMa hanno riportato miglioramenti significativi nell'autostima corporea, nell'insoddisfazione della figura, nella conoscenza e negli atteggiamenti alimentari

Tabella 2: caratteristiche dei programmi di ricerca analizzati

## **CAPITOLO 4**

### **DISCUSSIONE**

Dalla lettura dei paper presi in considerazione sono emersi alcuni punti di forza che questi programmi di intervento e prevenzione portano con sé, ma ciò che in realtà colpisce è il numero di elementi e dimensioni che vengono trascurati e che rendono questi interventi poco efficaci. Nella letteratura presa in considerazione sono state trovate delle strategie che risaltano per la loro efficacia rilevata comparando pre e post-intervento, quali gli approcci basati sull'alfabetizzazione ai media e sull'induzione di dissonanza cognitiva, che mostrano il maggior potenziale di successo tra le tecniche utilizzate nei programmi analizzati. Anche l'utilizzo di focus group è stato un approccio la cui utilità va riconosciuta in quanto aiuta nel far scaturire e fluire una serie di narrazioni condivise dai partecipanti che possono poi essere utilizzate come oggetto di critica e riflessione. Gli elementi (o l'assenza di essi) che ho trovato poco congeniali nella buona riuscita di questi interventi sono molteplici. In primo luogo, si riscontra un leitmotiv nella maggioranza dei contesti indagati, ovvero l'atteggiamento mostrato verso il tema dei disturbi alimentari da parte dello staff scolastico, considerati ancora come un tabù del quale è meglio non parlare e da relegare a psicologi e medici; ciò fa in modo che questi discorsi restino sotterranei e diventi ancora più difficile farli emergere per poi discuterne apertamente. Sono inoltre state individuate delle strategie che risultano poco utili nell'attuazione dei programmi di prevenzione e intervento sui disagi legati all'immagine corporea: gli approcci basati sull'informazione, sul comportamento cognitivo e sulla psicoeducazione sono, tra quelli considerati, i meno efficaci. Si tratta, infatti, di tecniche che appartengono a una fase degli interventi sull'educazione alla salute in ambito scolastico che risale a una concezione di prevenzione prettamente medica, basata sulla trasmissione di contenuti da parte di un esperto del settore. Tale metodologia è caratterizzata da un'asimmetria di ruolo tra l'esperto, conoscitore dei disturbi alimentari, e lo studente, considerato come utente passivo a cui fornire dati preventivi (Iudici et. al, 2018). In questo modo viene a mancare la considerazione dei punti di vista degli studenti, le loro credenze e il modo in

cui configurano l'immagine corporea. Arriviamo, così, a un altro grande limite che accomuna questi programmi, ovvero il tentativo di generalizzazione e applicazione a un numero quanto maggiore di contesti possibili: ciò porta al considerare un contesto come un altro, perdendo nel processo tutte le sfumature e le caratteristiche che rendono ognuno di questi luoghi unico e caratterizzato da una singolare configurazione e una propria cultura condivisa la quale, se analizzata e sfruttata in questi progetti, può diventare una preziosa risorsa. Traspare, inoltre, dai diversi studi che hanno valutato questi programmi un utilizzo di tecniche mirate principalmente all'empowerment individuale nell'ottica di portare gli studenti a emanciparsi da tutte le influenze sociali negative che, sommandosi e interagendo, potrebbero favorire lo sviluppo di un disturbo legato all'immagine corporea. Ciò può indubbiamente fornire delle strategie efficaci e spendibili nel breve termine, ma si tratta di interventi con un focus individuale molto specifico che si focalizzano sul "neutralizzare la minaccia" invece di concentrarsi sulla promozione di nuove narrazioni che permettano la generazione di nuove configurazioni di senso legate all'immagine corporea e il rapporto con essa, facendo sì che vi sia sempre meno bisogno di resistere a pressioni dall'esterno. Nei programmi di intervento presenti in letteratura troviamo, quindi, come preponderante un approccio che considera i disturbi alimentari come un problema di natura principalmente medica e sui quali bisogna agire fornendo informazioni agli studenti e agli insegnanti e strategie da attuare a livello personale o di gruppo per contrastare gli effetti negativi di commenti, giudizi, prese in giro e altri tipi di pressioni sociali. Ma la difficoltà nel trattare temi di questo tipo in maniera efficace risiede nella loro matrice, ovvero il sistema culturale che le produce e reitera e dal quale riceviamo stimoli fin dalla nascita. Esso è il bacino di significati da cui attingiamo quotidianamente per rivestire di senso le nostre azioni e i nostri pensieri, ed è quindi anche il luogo simbolico che ci dà indicazioni sul modo in cui dovremmo percepire il nostro corpo sulla base di un confronto con modelli ideali, che spesso ritroviamo in canali di comunicazione come i social media. Canoni a cui è estremamente difficile aderire, se non attraverso rigide restrizioni all'alimentazione, un'eccessiva attività fisica o l'assunzione di steroidi. E l'utilizzo sempre più precoce di questi mezzi di omologazione non fa altro che rendere ancora più precoce lo sviluppo di disturbi legati all'immagine di Sé. Queste norme diventano ancora più rigide e indicative di un possibile comportamento futuro legato all'alimentazione nel momento in cui vengono condivise nei processi di socializzazione che avvengono in diversi luoghi di incontro con i pari, primo fra tutti la scuola. È qui che, nell'interazione, si

configura un accordo condiviso su quali siano le norme da seguire, stipulando così i gruppi dei “vincenti” e dei “perdenti”, dei “normali” e degli “a-normali” in base all’aderenza alla regola collettiva. Chi si scosta sarà probabilmente vittima di scherno o esclusa, chi è “in linea” godrà di maggior popolarità e verrà accettata. È anche attraverso questa distinzione che nasce in molte giovani studentesse la preoccupazione, che spesso diventa maniacale, verso la propria forma fisica. Affinché questa preoccupazione si trasformi in un disturbo nelle sue accezioni cliniche il passo è breve.

Una sfida per i professionisti che lavorano in ambiente scolastico è proprio quella di riuscire a proporre ai propri studenti nuove narrazioni da cui attingere per dare senso ai propri corpi e ai propri comportamenti nell’alimentazione. Fino ad adesso i programmi di prevenzione e intervento si sono eccessivamente focalizzati sugli aspetti medici dei disturbi alimentari, spesso senza considerare gli aspetti psicologici, sociali e culturali che sono alla radice della genesi di questi disagi. È essenziale che, fin dalle scuole elementari, si inizi a parlare di corpo attraverso nuovi termini, che permettano nuove concezioni che oltrepassino le distinzioni binarie di bello-brutto, accettato-stigmatizzato, generando spazio per la diffusione di diverse categorie che permettano a tutti gli studenti di vivere il rapporto con il proprio fisico in maniera positiva e salutare. Questo lavoro di generazione di nuove narrazioni può partire dalla proposta, in setting scolastico, di riflessioni sul rapporto con il proprio corpo, su quali siano le influenze percepite che portano a incrinare questa relazione, quali siano i motivi che invece spingono ad apprezzarlo e a percepire una connessione positiva con esso. Mettere le radici affinché giovani studenti e studentesse abbiano finalmente gli strumenti narrativi per parlare del proprio corpo e rapportarvisi in termini positivi e che diano il via a una relazione che promuove salute e dove il corpo diventa una parte di sé di cui prendersi cura e uno strumento al servizio dell’individuo. Ragionare in discussioni di gruppo sui diversi significati che il fisico ha per ciascuno di noi può permettere la generazione e la condivisione di nuovi modi di raccontarci all’esterno e a noi stessi, restituendo agli individui il potere di parola sulla propria corporeità. È molto importante anche fare in modo che le etichette identitarie legate alla fisicità non restringano il campo di possibilità che si estende davanti ai giovani studenti, permettendo lo sviluppo di un senso di autodeterminazione e agentività anche di fronte a situazioni dove il corpo sembra meno in grado di rispondere efficacemente alle richieste dell’ambiente. Attraverso la generazione di nuovi significati da cui attingere, proposti nelle scuole, nelle famiglie, tra pari nei luoghi di aggregazione, si può diffondere

un nuovo modo di attribuire senso ai propri corpi e a quelli altrui, passando da una categorizzazione portatrice di stigmi a una celebrazione delle varie individualità.

## **CAPITOLO 5**

### **CONCLUSIONI**

#### **5.1 Alfabetizzazione sul tema: acquisizione di conoscenze e strumenti**

Nel corso della trattazione appena svolta riguardo al crescente problema dei disagi legati all'immagine corporea sono emersi diversi punti chiave che ci possono aiutare a comprendere in maniera più chiara e definita quali sono i maggiori limiti e le criticità quando si parla di prevenzione e promozione di salute in ambito scolastico. In primo luogo, è emerso come tema cardine, nella maggioranza degli studi presi in considerazione, il ruolo privilegiato, e spesso non adeguatamente sfruttato, ricoperto dallo staff scolastico e dai professionisti della salute che operano negli istituti scolastici; è troppo alto il numero di docenti che dichiarano di non aver la benché minima idea di cosa costituisca un disturbo alimentare, facendo sì che segnali evidenti, che permetterebbero di agire in maniera adeguata fin dagli stadi iniziali di un possibile disagio legato all'alimentazione, non vengano riconosciuti e presi in considerazione in modo da permettere l'avvio di un intervento. Trapela anche da diverse narrazioni, riportate da studenti, colleghi e genitori, la mancanza, nello staff scolastico, di conoscenze e competenze ritenute basilari per l'identificazione di uno studente a rischio. Questi aspetti dovrebbero essere presenti, anche in minima parte, nello skill-set di un professionista dell'educazione in ambito infantile e adolescenziale, in modo da non sottovalutare o far passare inosservati dei chiari segnali che permetterebbero l'individuazione e il precoce intervento in casi che ancora si trovano in uno stadio embrionale. Emerge, quindi, il bisogno di una maggiore alfabetizzazione sull'argomento attraverso la creazione di programmi di formazione efficaci per i docenti e il resto dello staff scolastico, in modo da fornire a queste figure gli strumenti conoscitivi e le competenze utili per intervenire adeguatamente nel momento in cui si notasse l'emergere di un disagio legato all'immagine corporea in uno studente.

Un riscontro positivo lo possiamo trovare nella volontà espressa da moltissime di queste figure professionali riguardo al volersi formare adeguatamente e acquisire conoscenze e strumenti utili per aver modo di trattare i casi a rischio con più coscienza dei fattori scatenanti che possono essere riconosciuti in anticipo, le azioni che si possono intraprendere e i comportamenti che, invece, sono altamente sconsigliati sulla base delle ricerche mediche e psicologiche finora prodotte. La maggior parte di loro dichiara di aver

incontrato, nel corso della carriera scolastica, almeno un caso dove uno studente presentasse un disagio legato all'immagine corporea, e l'incapacità di essere d'aiuto può portare, specialmente in una figura come quella di un educatore, un forte senso di frustrazione. Per questo motivo sono in gran numero gli insegnanti che esprimono una forte volontà di acquisire una serie di conoscenze sul tema e competenze da sfruttare a livello pratico in modo che, all'evenienza siano pronti a intervenire per fare in modo che vi siano meno danni possibili in queste situazioni. La letteratura dalla quale attingere è vasta e può permettere a queste figure di adottare atteggiamenti che, quotidianamente, abbiano un impatto positivo sulla salute degli studenti e studentesse con i quali interagiscono durante le ore scolastiche.

## **5.2 Prospettive di intervento e sviluppi futuri**

Il tema dei disturbi alimentari è diventato, negli ultimi anni, un argomento di discussione sempre più importante e necessario data la preoccupante crescita di queste diagnosi in ambito clinico, e visti gli effetti fortemente deleteri e autodistruttivi che questi disagi possono provocare a ragazzi e ragazze già in giovanissima età. Si è sottolineata l'importanza di considerare questi disturbi non solo nelle loro accezioni mediche ma anche in tutta la complessità biopsicosociale che le caratterizza e le rende così difficili da affrontare. L'età nella quale appaiono i primi segnali dello sviluppo di un disagio legato all'immagine corporea si è abbassata drasticamente negli ultimi anni, una conseguenza frutto anche della sempre più precoce esposizione delle fasce giovanili agli effetti dei media. Le popolazioni di preadolescenti e adolescenti subiscono un'esposizione sempre più grande e subdola ai messaggi veicolati dai social riguardo il "giusto ideale corporeo" da perseguire, veicolato da figure di grande influenza nelle quali ragazzini e ragazzine si vogliono rispecchiare e alle quali aspirano come modelli. Queste dinamiche vengono interiorizzate sin dagli ultimi anni della scuola primaria. Si tratta di stadi dello sviluppo nei quali l'individuo non possiede ancora gli strumenti critici necessari per comprendere la falsa natura dei contenuti ai quali è esposto/a su certe piattaforme online, i cui contenuti sono frutto di modifiche e manipolazioni volte a promuovere canoni estetici e stili di vita ben poco aderenti alla vita reale. Queste dinamiche, unite alle pressioni sociali provenienti dai coetanei e, molto spesso, anche dalla propria famiglia, innescano un rapporto di malessere con la propria condizione corporea che porta a una serie di comportamenti distruttivi che successivamente si traducono in gravi condizioni cliniche.

Come sottolineato in diversi articoli considerati in questo studio, la scuola risulta essere un luogo privilegiato per la promozione di riflessioni e atteggiamenti verso la salute che abbiano un impatto profondo e duraturo sulla vita degli studenti; è attraverso il rapporto coi pari e con gli insegnanti che si può iniziare, già in giovane età, a plasmare delle aspettative realistiche riguardo ai temi dell'alimentazione e della percezione corporea, promuovendo un ideale di salute che possa servire a studenti e studentesse come strumento per fronteggiare un mondo, virtuale e non, che detta canoni inarrivabili, e che permetta di vivere un rapporto sano e positivo con il proprio corpo. La grande sfida, come espresso da molte figure che lavorano in ambito scolastico, è riuscire a implementare ai programmi che vengono proposti dai ricercatori universitari, creati ad hoc per essere adoperati in qualsiasi ambiente, le preziose conoscenze che gli insegnanti posseggono riguardo all'ambiente in cui operano, dalle individualità dei singoli studenti fino alla cultura che permea ogni istituto e lo rende unico. Un approccio che implementi queste vaste conoscenze sull'ambiente in cui si agisce renderebbero i programmi adottati molto più efficaci e potrebbero produrre dei feedback che, generati dall'intervento pratico, si tradurrebbero in progressi sulla ricerca nel campo dei disturbi alimentari.

## CAPITULO 6

### BIBLIOGRAFIA

1. Manley, R. S., Rickson, H., & Staxdeven, B. (2000). Children and adolescents with eating disorders: Strategies for teachers and school counselors. *Intervention in school and clinic*, 35(4), 228-231.
2. Ransley, J.K. (1999). "Eating disorders and adolescents: what are the issues for secondary schools?", *Health Education*, Vol. 99 No. 1, pp. 35-42
3. Gail McVey, Joanne Gusella, Stacey Tweed & Manuela Ferrari (2008) A Controlled Evaluation of Web-Based Training for Teachers and Public Health Practitioners on the Prevention of Eating Disorders, *Eating Disorders*, 17:1, 1-26
4. Schiele, B., Weist, M.D., Martinez, S. et al. Improving School Mental Health Services for Students with Eating Disorders. *School Mental Health* 12, 771–785 (2020)
5. NIVA PIRAN (2004) Prevention Series, *Eating Disorders*, 12:1, 1-9
6. Fatt, SJ, Mond, J, Bussey, K, et al. (2021) Seeing yourself clearly: Self-identification of a body image problem in adolescents with an eating disorder. *Early Intervention in Psychiatry*; 15: 577– 584.
7. P. Knightsmith, J. Treasure, U. Schmidt (2013) “Spotting and supporting eating disorders in school: recommendations from school staff“, *Health Education Research*, Volume 28, Issue 6, December 2013, Pages 1004–1013
8. Rich, E., & Evans, J. (2005). Making sense of eating disorders in schools. *Discourse: studies in the cultural politics of education*, 26(2), 247-262.
9. Yager, Z., & O' Dea, J. A. (2007). The role of teachers and other educators in the prevention of eating disorders and child obesity: what are the issues?. *Eating disorders*, 13(3), 261-278.
10. Forbes, J., Paxton, S., & Yager, Z. (2023). Independent pragmatic replication of the Dove Confident Me body image program in an Australian Girls Independent Secondary School. *Body Image*, 46, 152-167.
11. Torres-Castaño, A., Delgado-Rodríguez, J., Pino-Sedeño, T. D., Estaña Malaret, D., de Pascual, A. M., Toledo-Chávarri, A., & Serrano-Aguilar, P. (2022). Universal programs to prevent eating disorders in children and adolescents: A

- scoping review of ethical, legal, organizational and social impacts. *European Eating Disorders Review*, 30(6), 706-722.
12. Stewart, C., Goddard, E., Cakir, Z., Hall, R., & Allen, G. (2022). Can more people be “Happy Being Me”? Testing the delivery of a universal body satisfaction program by clinicians and school staff. *Eating Disorders*, 30(2), 182-209.
  13. Schiele, B., Weist, M. D., Martinez, S., Smith-Millman, M., Sander, M., & Lever, N. (2020). Improving school mental health services for students with eating disorders. *School Mental Health*, 12, 771-785.
  14. Anderson, C. N., Holody, K. J., Flynn, M. A., & Hussa-Farrell, R. (2017). An exploratory evaluation of the feasibility, acceptability, and efficacy of the mental fitness disordered eating program in schools. *Eating Disorders*, 25(3), 230-245.
  15. Berger, U., Sowa, M., Bormann, B., Brix, C., & Strauss, B. (2008). Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(3), 173-183.
  16. Berger, U., Sowa, M., Bormann, B., Brix, C., & Strauss, B. (2008). Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(3), 173-183.
  17. Anderson, C. N., Holody, K. J., Flynn, M. A., & Hussa-Farrell, R. (2017). An exploratory evaluation of the feasibility, acceptability, and efficacy of the mental fitness disordered eating program in schools. *Eating Disorders*, 25(3), 230-245.
  18. Schiele, B., Weist, M. D., Martinez, S., Smith-Millman, M., Sander, M., & Lever, N. (2020). Improving school mental health services for students with eating disorders. *School Mental Health*, 12, 771-785.
  19. Torres-Castaño, A., Delgado-Rodríguez, J., Pino-Sedeño, T. D., Estaña Malaret, D., de Pascual, A. M., Toledo-Chávarri, A., & Serrano-Aguilar, P. (2022). Universal programs to prevent eating disorders in children and adolescents: A scoping review of ethical, legal, organizational and social impacts. *European Eating Disorders Review*, 30(6), 706-722.
  20. Forbes, J., Paxton, S., & Yager, Z. (2023). Independent pragmatic replication of the Dove Confident Me body image program in an Australian Girls Independent Secondary School. *Body Image*, 46, 152-167.

21. Manley, R. S., Rickson, H., & Staxdeven, B. (2000). Children and adolescents with eating disorders: Strategies for teachers and school counselors. *Intervention in school and clinic*, 35(4), 228-231.
22. McVey, G., Gusella, J., Tweed, S., & Ferrari, M. (2008). A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 17(1), 1-26. Ransley, J. K. (1999). Eating disorders and adolescents: what are the issues for secondary schools?. *Health Education*, 99(1), 35-42.
23. Piran, N. (2010). A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 18(3), 183-198.
24. Fatt, S. J., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Murray, S. B., Lonergan, A., ... & Mitchison, D. (2020). Help-seeking for body image problems among adolescents with eating disorders: findings from the EveryBODY study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 1267-1275.
25. Gratwick-Sarll, K., Mond, J., & Hay, P. (2013). Self-recognition of eating-disordered behavior in college women: further evidence of poor eating disorders “mental health literacy”?. *Eating disorders*, 21(4), 310-327.
26. Knightsmith, P., Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). Spotting and supporting eating disorders in school: recommendations from school staff. *Health Education Research*, 28(6), 1004-1013.
27. Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health promotion international*, 23(2), 173-189.
28. Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 130(2), 206.
29. O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2001). Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *Journal of Nutrition Education*, 33(6), 332-340.
30. Dunstan, C. J., Paxton, S. J., & McLean, S. A. (2017). An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. *Eating Behaviors*, 25, 23-31.
31. Wilksch, S. M., & Wade, T. D. (2009). Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy

- program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6), 652-661.
32. Arseniev-Koehler, A., Lee, H., McCormick, T., & Moreno, M. A. (2016). #Proana: Pro-eating disorder socialization on Twitter. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 659-664.
  33. Neumark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. *Journal of school health*, 66(2), 64-71.
  34. Perez, M., Becker, C. B., & Ramirez, A. (2010). Transportability of an empirically supported dissonance-based prevention program for eating disorders. *Body image*, 7(3), 179-186.