

PREVENZIONE INTEGRATA DEI DISTURBI ALIMENTARI E DELL'OBESITÀ

1. Premessa
2. Fattori di rischio condivisi
 - 2.1. diete
 - 2.2. preoccupazioni per il peso
 - 2.3. insoddisfazione per l'immagine corporea
 - 2.4. uso dei media
 - 2.5. altro
 - 2.5.1. la derisione e la stigmatizzazione per il peso
 - 2.5.2. programmi commerciali per la perdita di peso
 - 2.5.3. ambiente familiare
 - 2.5.4. fattori culturali e socio-economici
3. Premesse da considerare per la prevenzione integrata
 - 3.1. potenziali effetti negativi
 - 3.2. raccomandazione per gli operatori
 - 3.3. concetto di salute globale e rete integrata
4. Le strategie di base comuni per la prevenzione integrata
 - 4.1. rinforzare l'autostima
 - 4.2. promuovere il razionale
5. Effetti dei fattori socio-culturali sui programmi di prevenzione
 - 5.1. Il contesto culturale
 - 5.2. L'ideale di magrezza
6. Un nuovo approccio di prevenzione: la dissonanza cognitiva
 - 6.1. Premessa semantica su autostima
 - 6.2. La dissonanza cognitiva
7. I quattro temi centrali: le azioni da implementare
 - 7.1. migliorare l'autostima
 - 7.2. sviluppare competenze e migliorare i meccanismi di coping
 - 7.3. utilizzare la dissonanza cognitiva
 - 7.4. effettuare interventi globali
8. Conclusioni

PREVENZIONE INTEGRATA DEI DISTURBI ALIMENTARI E DELL'OBESITÀ

1. Premessa

I risultati delle analisi sui programmi di prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità (DA&O) supportano l'integrazione della prevenzione sia universale che selettiva delle due patologie. Gli interventi integrati efficaci hanno come presupposto la considerazione della molteplicità delle cause, dei fattori di protezione e di rischio evitabili o modificabili che sono comuni ai DA&O.

I principali fattori di rischio comuni ai DA&O sono stati individuati soprattutto nelle diete, nei disinvolti e spesso fuorvianti messaggi dei media e nell'insoddisfazione per l'immagine corporea.⁵⁵

Un approccio integrato riduce la possibilità di involontari effetti secondari negativi a seguito di interventi che affrontino solo un aspetto dei problemi relativi ai DA&O.^{35, 23}

Vi sono evidenze che i programmi di prevenzione che si concentrano sul peso e stimolano la perdita di peso possono intensificare i comportamenti dietetici a rischio, l'insoddisfazione corporea, lo stigma e la derisione peso-correlati.²⁴

E' fortemente raccomandato che gli interventi integrati si focalizzino sulla salute e sull'adozione di comportamenti salutari, e non sul peso, e che promuovano un'immagine corporea positiva e l'accettazione delle diverse dimensioni corporee, così da ridurre lo stigma per l'obesità.⁵⁰

Vi sono importanti dimostrazioni che la prevenzione integrata dei DA&O, sia universale sia selettiva, fondata su interventi focalizzati su sane abitudini alimentari e un'adeguata attività fisica, senza focalizzare i messaggi sulla restrizione calorica, è efficace nella prevenzione di sovrappeso e obesità e non influenza o ha ricadute protettive sullo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare.⁷

I fattori di rischio condivisi per DA&O identificati nei giovani, che sono la sottopopolazione su cui focalizzare gli interventi preventivi, sono gli errori alimentari e l'inattività fisica, l'insoddisfazione corporea e la dieta restrittiva (spesso associata all'insoddisfazione corporea), lo stigma, correlato a preoccupazioni per il peso, la solitudine, la bassa autostima, i bassi livelli di attività fisica (lo stigma è associato anche a depressione e DA) e il marketing che influenza la prevalenza dell'obesità e contribuisce all'insoddisfazione corporea.

Altri fattori potenziali di rischio e, d'altro lato, di protezione includono autostima, depressione, modelli di assunzione alimentare, il ruolo

dell'ambiente familiare di supporto ad una alimentazione e ad un'attività fisica salutari.^{41,42,64}

L'incoraggiamento dei genitori alla dieta è stato collegato a lungo termine all'aumento di peso ed a disturbi alimentari negli adolescenti.⁴⁰

Recenti ricerche indicano che le modalità con cui la **famiglia** organizza la propria pausa pranzo, la regolarità dei suoi pasti ed il valore che pone a questa regolarità possono essere associati a miglioramento delle abitudini alimentari e del peso in bambini e in giovani.^{39,43}

I risultati della ricerca EAT I e II suggeriscono l'importanza di promuovere relazioni familiari positive per la salute psicologica, di effettuare pasti regolari e di mantenere gli adolescenti lontani dall'enfatizzare eccessivamente il peso e dall'utilizzare comportamenti non salutari di controllo del peso.⁴³

In particolare, risulta efficace impostare interventi basati sulla **dissonanza cognitiva** per i gruppi "a rischio": esempio *prevenzione selettiva* rivolta agli adolescenti e *prevenzione indicata* rivolta ad adolescenti con bassa autostima, elevati livelli di ansia, con eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo.⁵⁰ Pertanto, la letteratura consiglia un'integrazione della prevenzione universale e selettiva di sovrappeso e obesità con la prevenzione dei disturbi alimentari. con particolare attenzione ai comportamenti dietetici a rischio, alla fiducia in se stessi, e al modo di far fronte alle emozioni negative e allo stress.²⁴

2. Fattori di rischio condivisi

Si è detto quali sono i principali fattori di rischio comuni ai DA&O.⁵⁵

Anche se stanno diventando sempre più comuni nei giovani maschi, le cognizioni culturali diffuse definiscono i DA&O come una "malattia delle donne". Questo significa che i maschi possono non riconoscerne i sintomi fino a quando i comportamenti disordinati sono oramai radicati e diventati più difficilmente trattabili. I maschi riferiscono inoltre che tali percezioni possono influenzare le reazioni dei loro familiari e amici, nonché dei professionisti sanitari e degli insegnanti. I professionisti delle cure primarie dovrebbero essere quelli più idonei a valutare inadeguate percezioni di DA.⁴⁶

2.1 Diete.

La dieta è spesso associata con l'insoddisfazione del corpo e può aumentare il rischio di binge eating e guadagno ponderale nel tempo.^{33,37,58} I programmi di prevenzione che si concentrano sul peso e stimolano la perdita di peso possono intensificare i comportamenti dietetici a rischio, l'insoddisfazione corporea e la stigmatizzazione e la derisione peso-correlate. I programmi che non si

concentrano sul peso, ma piuttosto su alimentazione corretta e adeguata attività fisica, hanno maggiori potenzialità di prevenire sovrappeso e obesità con ricadute protettive sullo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare.

L'incoraggiamento dei genitori alla dieta risulta, nel lungo termine, correlato all'aumento di peso e alla comparsa di disturbi alimentari negli adolescenti.⁴⁰ Negli adolescenti sovrappeso, l'attenzione deve essere concentrata alla correzione dei disordini nutrizionali. I risultati sottolineano l'importanza di promuovere positive relazioni familiari, salute psicologica e pasti regolari, e di tenere gli adolescenti lontani da eccessiva enfaticizzazione del peso e da utilizzo di comportamenti di controllo.

2.2 Preoccupazioni per il peso.

Nelle donne ossessionate dal proprio peso, sembra dimostrato un rapporto diretto tra negativa immagine corporea e iperalimentazione.²²

La sovrastima del peso è associata a pratiche di controllo del peso e comportamenti alimentari non salutari: in particolare è stata trovata una associazione significativa tra sopravvalutazione del peso e DCA tra gli adolescenti a livello nazionale coreano.²⁵

2.3 Insoddisfazione per l'immagine corporea .

Elevate percentuali di adolescenti sono preoccupate per la propria immagine corporea: in un ampio studio di popolazione, il 46% delle adolescenti e il 26% degli adolescenti hanno espresso insoddisfazione corporea.³³ L'insoddisfazione corporea è anche un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari⁵⁷ e può condurre allo sviluppo di obesità a causa della sua correlazione con abbuffate e bassi livelli di attività fisica. La dieta, inoltre, è spesso associata a insoddisfazione corporea e può aumentare il rischio di abbuffate e di aumento di peso nel tempo^{7,33,38,64} Vi sono esempi che farebbero includere l'immagine corporea come messaggio centrale: negli adolescenti in sovrappeso, una positiva immagine corporea sembra ridurre il rischio di disturbo da alimentazione incontrollata, così come il rischio di binge eating nei ragazzi e l'aumento di peso nelle ragazze.^{22,41,42,43}

Tenendo presenti queste considerazioni, i messaggi riguardanti una dieta responsabile, l'aumento dell'autostima e il miglioramento dei meccanismi di coping, tali da saper affrontare stress ed emozioni negative, possono diventare parte della prevenzione integrata dei DA&O, oltre al messaggio centrale di una sana alimentazione e un'adeguata attività fisica.

Nella prevenzione dell'eccesso ponderale, l'attenzione può essere focalizzata su una positiva immagine del corpo, poichè le persone con sovrappeso ed obesità

spesso devono confrontarsi con derisioni e stigmatizzazione, le quali a loro volta, possono condurre ad una negativa immagine corporea. Anche nella prevenzione secondaria e terziaria dell'obesità, ottenere un'immagine corporea positiva è già parte del programma

Poiché la prevenzione si focalizza in genere sulla popolazione generale (nel cui contesto vi sono dei gruppi a rischio), comprensiva di persone normopeso, vi sono dei dubbi sul fatto che sia fattibile e necessario includere ***l'immagine corporea*** come messaggio centrale, poiché questa particolare attenzione potrebbe comportare conseguenze non prevedibili.⁵⁵

2.4. Uso dei media e marketing

Tra i vari fattori di rischio per disturbi alimentari, in maschi e femmine in eccesso di peso, sono da enumerare gli articoli che compaiono in riviste sulla perdita di peso; importanti sono anche la maggiore importanza data al peso ed i comportamenti incongrui per il controllo del peso. Le relazioni familiari, la soddisfazione per il proprio corpo e pasti regolari paiono, invece, fattori protettivi, anche se vi sono alcune differenze nei fattori predittivi di prevalenza (casi totali) rispetto a incidenza (nuovi casi) di disturbi alimentari. Tra i maschi, cattive abitudini alimentari, tra cui fast food e assunzione di bevande zuccherate, aumentano il rischio di disturbi alimentari, mentre l'uso di corretti comportamenti per il controllo del peso sembrano protettivi.^{1,2}

I bambini sotto gli 8 anni di età non hanno la capacità cognitiva di comprendere i messaggi commerciali, mentre lo possono avere i bambini più grandi e gli adulti: i bambini sotto gli 8 anni di età sono di conseguenza particolarmente influenzati dal marketing mirato e dalla pubblicità. Sono emerse significative correlazioni tra l'aumento della pubblicità di alimenti diretta verso i bambini e la maggiore prevalenza di obesità infantile. Gli spot per bevande e cibi "pericolosi" sono spesso specificamente mirati ai più giovani e sono finalizzati a condizionare la preferenza alimentare dei bambini.^{1,2}

I risultati di vari studi suggeriscono che il marketing indirizzato a donne e ragazze può contribuire all'insoddisfazione corporea, ai disturbi alimentari, a bassa autostima e a depressione.⁷³

2.5 Altro

2.5.1 la derisione e la stigmatizzazione del peso. I bambini e i giovani che sono in sovrappeso od obesi sono a maggior rischio di derisione da parte

dei compagni, a insoddisfazione per l'immagine corporea e a comportamenti alimentari disordinati.^{32,33}

Gli studi indicano che l'intensità con cui un bambino viene preso in giro è correlata a preoccupazioni per il peso, a solitudine, a minore soddisfazione per l'immagine corporea e a maggiore preferenza per attività solitarie, a loro volta associate, nei giovani in sovrappeso, a bassi livelli di attività fisica.^{45,62} Lo stigma per il peso è, inoltre, associato a sintomi di depressione anche grave, a pensieri e tentativi di suicidio, oltre allo sviluppo più tardi nella vita di frequenti abbuffate e di bulimia nervosa.^{17,19,26,68}

2.5.2 Programmi commerciali per la perdita di peso

Esistono numerosi programmi e prodotti commerciali per la perdita di peso e prodotti che mettono in evidenza la differenza tra grassi e magri.^{11,21}

Molti programmi commerciali per dimagrire indirizzano il consumatore verso il bisogno di perdere peso: questi hanno un mercato enorme e variano dalle tisane ai consigli dietetici dei guru, a competizioni per la perdita di peso in televisione. Con rare eccezioni, non ci sono solide prove sull'efficacia di questi programmi e di questi prodotti in termini di perdita di peso⁶⁹ ed alcuni di questi prodotti possono anche comportare rischi per la salute⁷¹.

Non sono ancora a disposizione i risultati di ricerche che abbiano valutato se questi programmi e prodotti per la perdita di peso possano influire sui fattori associati allo sviluppo dei disturbi alimentari. Inoltre, non è ancora chiaro fino a che punto questi programmi commerciali influenzino i messaggi delle istituzioni in materia di prevenzione di sovrappeso e obesità.

2.5.3 Ambiente familiare.

L'ambiente domestico può influenzare la prevenzione dell'obesità e dei disturbi alimentari. Recenti ricerche suggeriscono che l'organizzazione familiare dei propri pasti, la regolarità dei pasti in famiglia e il valore che la famiglia pone sulla regolarità dei pasti familiari possono essere associati a miglioramento delle abitudini alimentari e del peso dei giovani e dei bambini^{18,27,29}.

Gli studi indicano anche che regolari pasti familiari sono significativamente associati a minor prevalenza di comportamenti alimentari disordinati tra le ragazze.³⁹ L'incoraggiamento dei genitori alla dieta risulta invece collegato, a lungo termine, ad aumento di peso e disturbi alimentari negli adolescenti.⁴⁰

I risultati della ricerca EAT I e II suggeriscono l'importanza di promuovere relazioni familiari positive per la salute psicologica, di effettuare pasti regolari e di mantenere gli adolescenti lontani dall'enfatizzare eccessivamente il peso e dall'utilizzare comportamenti non salutari di controllo del peso.⁴³

Gran parte degli effetti benefici a lungo termine, tipicamente attribuiti all'allattamento al seno "di per sé", possono essere soprattutto legati alla pressioni selettive sulle pratiche di alimentazione infantile correlate a peculiari caratteristiche demografiche, come la razza e lo stato socioeconomico.¹³

2.5.4 Fattori culturali e socioeconomici .

Come la gente si confronta con il cibo dipende anche dal background culturale e socio-economico.

Poco si sa circa l'incidenza di disturbi del comportamento alimentare tra i cittadini con un background culturale non-occidentale, mentre sono più chiari per quanto riguarda l'obesità (maggiore frequenza negli strati svantaggiati delle popolazioni a minore livello socioeconomico e culturale, e nel Sud Italia rispetto al Nord), come rilevato dai Report nazionali italiani PASSI 2012, OKkio alla salute 2012 e HBSC 2012.^{47,48,49}

Poiché l'obesità colpisce in modo maggiore i giovani, le famiglie a basso reddito e le minoranze e i comportamenti alimentari disordinati sono prevalenti negli adolescenti con peculiari background etnici e razziali, si suggerisce che i comportamenti che influenzano il peso siano inclusi nelle quotidiane pratiche culturali e nel più ampio contesto socio-economico.^{31,33,54} Il significato simbolico del cibo e il suo ruolo nelle festività fornisce un modo per le famiglie e la comunità per mantenere relazioni positive.²⁰ E', pertanto, essenziale riconoscere che abitudini alimentari, accesso ad cibi sani a prezzi equi, disponibilità di ambienti sicuri per l'esercizio fisico ed esperienze di soddisfazione corporea debbano fare parte di un più ampio contesto socio-culturale.^{5,33,51}

3. Razionale della prevenzione integrata

Un approccio di prevenzione integrata deve tener conto di alcune premesse:

3.1. potenziali effetti negativi

Vi sono *potenziali effetti negativi* dei programmi di prevenzione incentrati sul peso e sulla perdita di peso, quali comportamento alimentare incontrollato, insoddisfazione per il proprio corpo e stigmatizzazione a causa del peso.⁷

L'approccio preventivo basato sull'informazione può persino essere dannoso perché, specie negli adolescenti, aumenta la conoscenza dei DCA:

- crea effetti avversi come la "normalizzazione" dei DCA;

- stimola le/gli adolescenti a sperimentare le pratiche nocive di cui viene discusso durante lo svolgimento dei programmi (vomito, uso di lassativi, ecc.).

Il miglior programma di prevenzione integrata è quello che si sviluppa rendendo facili le scelte migliori, modificando il contesto ambientale e rendendo più consapevoli le persone nelle loro scelte (empowerment e counseling motivazionale).

Ad esempio, per prevenire l'obesità non dovrebbero essere facilmente disponibili cibi "pericolosi"; dovrebbero essere invece favorite scelte nutrizionali corrette, favorendo la disponibilità di alimenti salutari; alcuni propongono di vietare la pubblicità di alimenti spazzatura.^{35,41,42,52}

3.2 raccomandazione per gli operatori

Per gli operatori sanitari vi è la raccomandazione di realizzare una prevenzione integrata selettiva dei DA&O negli adolescenti, in quanto gruppo a rischio, basata sui risultati del progetto EAT, che ha investigato fattori socio-ambientali, fattori personali e comportamentali correlati a problemi di alimentazione e di peso negli adolescenti. Il progetto consiste in un studio trasversale, un follow-up a 5 anni e un'analisi qualitativa.⁴³

Un approccio integrato riduce la possibilità di involontari effetti secondari negativi conseguenti a interventi che affrontano solo un aspetto dei problemi dei DA&O.^{23,34}

Vi sono evidenze che i programmi di prevenzione che si concentrano sul peso e stimolano la perdita di peso possono intensificare i comportamenti dietetici a rischio, l'insoddisfazione corporea, lo stigma e la derisione peso-correlati.²⁴

Si raccomanda che gli interventi integrati si focalizzino sulla salute e sull'adozione di comportamenti salutari, e non sul peso, e che promuovano un'immagine corporea positiva e l'accettazione delle diverse dimensioni corporee, così da ridurre lo stigma per l'obesità.⁵⁰

Risulta che la prevenzione integrata dei DA&O, sia universale che selettiva, caratterizzata da interventi focalizzati su dieta sana e adeguata attività fisica, senza centrare i messaggi sulla restrizione dietetica, è efficace nella prevenzione di sovrappeso e obesità, senza influenza o con effetto protettivo sullo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare.⁷

In particolare, per i gruppi "a rischio", risulta di particolare efficacia impostare gli interventi basati sulla **dissonanza cognitiva**. Un esempio può venire dalla *prevenzione selettiva* rivolta agli adolescenti in genere e *la prevenzione*

*indicata rivolta ad adolescenti con bassa autostima, elevati livelli di ansia, ed eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo.*⁵⁰

3.3 concetto di salute globale e rete integrata

La prevenzione dovrebbe essere costruita attorno ad un concetto di salute globale fisica, mentale, sociale e spirituale, piuttosto che sul solo peso (approccio ecologico di Bronfenbrenner¹⁰, approccio biopsicosociale, Carta di Ottawa,1986), in un'ottica di intervento di rete integrata territoriale con al centro la persona, dove il primo livello è rappresentato dai medici di cure primarie (MMG e PLS) e dai Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione.^{8,15} Cruciale è il coinvolgimento della famiglia, della scuola, dei pari, delle associazioni, degli enti locali e dei portatori di interesse.³⁰

Sono stati descritti **quattro possibili modelli di interazione** per interventi sui DA e sull'obesità, con particolare attenzione sui campi e sui possibili scenari che caratterizzano ciascun modello.⁴¹

Il primo modello è quello in cui il campo obesità prevale sul campo disturbi alimentari. Nel secondo modello, i due campi hanno minime possibilità di interazione e di contaminazione crociata delle idee. Nel terzo modello, vi è antagonismo e mancanza di attenzione per l'altro campo. Nel **quarto modello**, quello raccomandato, i due campi condividono conoscenze per rafforzare il difficile lavoro di prevenire e curare entrambi, i disturbi alimentari e l'obesità . Per esempio, gli interventi sui genitori da parte dei medici e pediatri delle cure primarie potrebbero includere consigli su come promuovere nei loro figli, quando arrivano all'adolescenza, alimentazione sana, attività fisica regolare e positiva immagine corporea, al fine di prevenire la comparsa sia dell'obesità sia dei disturbi del comportamento alimentare.³⁵

4. Le strategie di base comuni per la prevenzione integrata

4.1 Rinforzare l'autostima

Tenendo presenti queste considerazioni, i messaggi riguardanti una dieta responsabile, l'aumento dell'autostima ed il miglioramento dei meccanismi di coping, necessari per affrontare emozioni negative e stress, possono diventare parte della prevenzione integrata universale e selettiva dei DA&O, in aggiunta al messaggio centrale di una sana alimentazione e un'adeguata attività fisica. Nella prevenzione del sovrappeso, l'attenzione può essere data ad una immagine positiva del corpo, poichè le persone con sovrappeso ed obesità spesso devono confrontarsi con una stigmatizzazione, la quale può condurre ad una immagine corporea negativa. Anche nella prevenzione secondaria e

terziaria dell'obesità, ottenere un'immagine corporea positiva è già parte del programma.

Nella maggior parte dei progetti basati sull'*autostima* vengono proposti agli adolescenti :

- una serie di **attività per sperimentare e sviluppare abilità/competenze personali e sociali** fondamentali quali ad esempio l'esercizio della leadership;
- il ***coping*** (*strategie per resistere alle pressioni sociali e dei media che spingono all'adozione di comportamenti alimentari restrittivi e distorcono l'immagine corporea*).

Si inserisce utilmente nei programmi basati sull'autostima l'utilizzo del concetto **di autoefficacia di Bandura⁶**, utilizzato all'interno di alcuni progetti soprattutto nell'ottica dello **sviluppo dell'autonomia da parte dell'adolescente nei confronti della gestione del rapporto coi media e dell'aumento dell'*advocacy*** (intesa come capacità di operare cambiamenti in relazione a norme e pressioni sociali). La metodologia utilizzata è di tipo esperienziale, interattivo e cooperativo.

Laddove i cambiamenti permangono, pare possa essere considerato un fattore di "rinforzo" il ***coinvolgimento di figure chiave all'interno di setting di comunità***, quali genitori, insegnanti, figure professionali (nutrizionisti, dietisti e medici di base), gruppi di pari (gruppi sportivi, ecc.)

4.2 promuovere il razionale.

Sono state individuate le azioni da implementare sui principali fattori di rischio comuni:

- a. integrare la prevenzione universale e selettiva di sovrappeso e obesità con la prevenzione dei disturbi alimentari;
- b. effettuare interventi comprendenti sia alimentazione che attività fisica;
- c. evitare comportamenti alimentari a rischio;
- d. aumentare l'autostima e una immagine corporea positiva;
- e. migliorare i meccanismi di coping, utili ad affrontare emozioni negative e stress.
- f. utilizzare la dissonanza cognitiva per i gruppi "a rischio" (adolescenti con bassa autostima ed elevati livelli di ansia).^{50,57,66}

Non sono ancora disponibili programmi di prevenzione che affrontino assieme tutti questi cinque elementi, mentre sono stati descritti programmi efficaci

focalizzati su di uno dei quattro temi. In alcuni studi, questo ha portato al miglioramento dell'immagine e della soddisfazione corporea, a migliorare controllo del peso, autostima e abilità personali in bambini, adolescenti e giovane adulti.^{3,4,12,57,61,7.}

5. Effetti dei fattori socio-culturali sui programmi di prevenzione

5.1 Il contesto culturale

I programmi di prevenzione per sovrappeso e obesità sono attuati su di un background **di molteplici fattori socioculturali** che possono sia influenzare lo sviluppo di disturbi alimentari, sovrappeso ed obesità sia anche favorire la loro prevenzione.

Per esempio, **l'ideale di bellezza** per le donne si sta indirizzando verso una magrezza sempre più accentuata; per gli uomini invece è prevalente un modello fisico sempre più muscoloso. Nel contempo, negli ultimi 30 anni, il numero di persone affette da sovrappeso e obesità è cresciuta in modo significativo ed è tuttora in fase di espansione.

I **programmi e i prodotti commerciali per la perdita di peso** e i prodotti che sottolineano la differenza tra grassi e magri sono molto diffusi.¹¹

Non deve essere, infine, dimenticato che la modalità con cui la gente si confronta con il cibo dipende fortemente dal **background culturale**.

A questo punto è necessario prendere in esame se e come questi fattori socioculturali possono giocare un ruolo nello sviluppo dei disturbi alimentari e d'altro verso, essere efficaci nella prevenzione di sovrappeso e obesità. Tali differenze culturali devono, pertanto, essere prese in forte considerazione nei programmi di prevenzione.

5.2 L'ideale di magrezza

L'ideale di magrezza contribuisce al desiderio di molte persone di essere più magre e quindi di perdere peso. Ma questo fattore da solo non è sufficiente a spiegare perché l'1-3% delle persone che effettuano una dieta per perdere peso sviluppino un disturbo alimentare.

*Un ruolo chiave in tale processo è svolto dai fattori di rischio psicologici, come mancanza di fiducia in se stessi, immagine di sé negativa e immagine corporea negativa.*⁶⁴

L'ideale di magrezza sembra influenzare anche sovrappeso e obesità: un falso ideale di magrezza può promuovere la stigmatizzazione delle persone obese,

che può condurre ad una negativa immagine di sé e ai molteplici problemi psicologici correlati.¹

6. Un nuovo approccio di prevenzione: la dissonanza cognitiva.

6.1 Premessa semantica su autostima.

Nella lingua anglosassone si trovano termini diversi che possono avere significati simili ma non identici, con difficoltà per una traduzione semplice in italiano: self-esteem, self-confidence, self-worth.

Self-esteem: si riferisce a come ognuno sente sé stesso in generale; quanta stima, considerazione positiva o amore ha di sé. L'autostima si sviluppa da esperienze e situazioni che hanno plasmato il modo di vedere sé stessi. L'autostima può essere definita come la considerazione che un individuo ha di se stesso. La relazione con se stessi e le relazioni con gli altri influenzano l'autostima, caratteristica prettamente soggettiva, non stabile nel tempo ma dinamica e mutevole. È un costrutto multidimensionale che implica elementi cognitivi (conoscenza di sé e di situazioni che vengono vissute), elementi affettivi (insieme di sentimenti positivi o negativi nei confronti di sé), elementi valutativi (di tipo cognitivo-affettivo) frutto del confronto tra la percezione di sé e il sé ideale.

Self-confidence: si riferisce a come uno si considera in relazione alla propria abilità e può variare da situazione a situazione. Uno può avere una buona autostima, ma scarsa fiducia in sé nelle situazioni che coinvolgono aspetti pratici. L'autoefficacia rappresenta la convinzione nelle proprie capacità di organizzare dei programmi specifici per raggiungere gli obiettivi prefissati. L'autoefficacia sembra molto affine all'autostima, ma in realtà i due concetti indicano fenomeni diversi: l'autostima fa riferimento a valutazioni di valore personale, l'autoefficacia riguarda i giudizi sulle capacità personali. La correlazione tra i due concetti non sempre è lineare perché dipende dall'importanza attribuita all'ambito che si vuole prendere in considerazione. Ad esempio una persona può considerarsi efficace in un'attività che considera importante e dalla quale ricava un aumento della stima di sé; viceversa se in un ambito considerato importante la persona si considera poco autoefficace avrà anche una valutazione negativa di sé.

Self-worth: rappresenta il valore che una persona attribuisce alla propria vita e alle proprie realizzazioni.

Si è pertanto deciso, per esigenze di semplificazione e non per superficialità o riduttivismo, di adoperare sempre il termine **autostima**, verso il quale

convergono i contenuti e il significato dei tre termini.

6.2 La dissonanza cognitiva.

La dissonanza cognitiva descrive la situazione di complessa elaborazione cognitiva in cui credenze, nozioni, opinioni esplicitate contemporaneamente nel soggetto in relazione ad un tema si trovano a contrastare funzionalmente tra loro. Secondo Festinger ^{20a} la dissonanza cognitiva è la spiacevole sensazione di disagio che una persona prova quando due o più convinzioni o conoscenze personali sono tra loro contraddittorie. Secondo l'autore gli individui tendono alla coerenza interna per cui decidono per ridurre la dissonanza. Perché ciò avvenga è necessario che la persona si senta responsabile della discrepanza e quindi si ritenga in grado di apportare un cambiamento che può essere rivolto all'ambiente, al proprio comportamento o al proprio mondo cognitivo cambiando opinione, atteggiamento, aggiungendo nuove informazioni. Un individuo che attiva due idee o comportamenti che sono tra loro coerenti, si trova in una situazione emotiva soddisfacente (consonanza cognitiva); al contrario, si verrà a trovare in difficoltà discriminatoria ed elaborativa se le due rappresentazioni sono tra loro contrapposte o divergenti.

Questa incoerenza produce appunto una dissonanza cognitiva, che l'individuo cerca automaticamente di eliminare o ridurre a causa del marcato disagio psicologico che essa comporta; questo può portare all'attivazione di vari processi elaborativi, che permettono di compensare la dissonanza.

La teoria della dissonanza cognitiva sostiene che si ha dissonanza, cioè, incompatibilità, quando la constatazione: "Ho effettuato l'azione X" entra in conflitto con la convinzione personale: "L'azione X era incompatibile con il mio modo di pensare". La dissonanza è uno stato di tensione spiacevole che motiva un cambiamento cognitivo mirante a ridurre tale incompatibilità.

Nel campo della prevenzione dei DA&O è stato ipotizzato che le persone che hanno interiorizzato l'ideale di magrezza prendendo una posizione contro di esso volontariamente possano ridurre il grado con cui appoggiano questo ideale. Una riduzione nell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza dovrebbe portare ad una conseguente diminuzione dell'insoddisfazione corporea, della dieta e delle emozioni negative che a sua volta dovrebbe concretizzarsi in una riduzione dei comportamenti a rischio.

Nei programmi preventivi basati sulla dissonanza cognitiva si invitano le persone che hanno adottato l'ideale di magrezza (si tratta perciò di un intervento preventivo mirato) ad assumere una posizione contro di esso.

Generalizzando, la dissonanza cognitiva può essere ridotta in tre modi:

1. producendo un cambiamento nell'ambiente;

2. modificando il proprio comportamento;
3. modificando il proprio mondo cognitivo (ovvero il sistema delle proprie rappresentazioni cognitive e delle loro relazioni funzionali interne).

La limitata efficacia dei precedenti programmi di prevenzione dei disturbi alimentari (DA) e dell'obesità ha portato allo sviluppo di interventi basati sulla dissonanza cognitiva che utilizzano principi di persuasione basati sulla dissonanza derivati dalla psicologia sociale ^{20a} .

Le conclusioni di una recente metanalisi⁶¹ sottolineano che i casi trattati con la dissonanza, rispetto ai controlli, hanno evidenziato maggiore riduzione dei fattori di rischio, dei sintomi di DA, del rischio di futura comparsa di DA sintomatici o presintomatici, del rischio futuro di insorgenza di obesità, dell'utilizzo di servizi di salute mentale, con alcuni effetti persistenti a 3 anni di follow-up, sia su gruppi di popolazione a rischio elevato sia su gruppi non selezionati, nonché in prove di efficienza e di efficacia.

Tale meta-analisi ha indicato che gli effetti medi degli interventi basati sulla dissonanza sono significativamente più rilevanti rispetto a quelli dei programmi di prevenzione senza dissonanza.

Gli interventi basati sulla dissonanza cognitiva hanno prodotto effetti sia su gruppi di popolazione a rischio elevato sia su gruppi non selezionati, nonché in prove di efficienza e di efficacia, condotti da sei gruppi di ricerca indipendenti, suggerendo che i risultati hanno solide basi scientifiche e devono essere considerati per la prevenzione di altri problemi, quali fumo, abuso di sostanze, HIV e cura del diabete. ^{61,63,66}

Anche se vi sono risultati contrastanti e gli studi sugli effetti a lungo termine sono carenti nei follow-up (aspetto comune a quasi tutti i programmi di prevenzione) i risultati attuali sembrano suggerire che potrebbe essere fruttuoso diffondere gli interventi basati sulla dissonanza cognitiva, perché nessun altro programma di prevenzione dei DA ha ricevuto questo livello di supporto. ^{59,61,62,66}

Vi sono, inoltre, notevoli evidenze che gli interventi basati sulla dissonanza cognitiva riducono il rischio di insorgenza di obesità e di aumento di peso nei controlli. La prova che un programma basato sulla dissonanza ha ridotto di quattro volte il rischio di insorgenza di bulimia nervosa soglia / sottosoglia in un periodo di 3 anni è incoraggiante. ^{59,62}

Solo il programma di Stice e collaboratori⁶² basato sull'induzione della dissonanza cognitiva, ha prodotto effetti in studi replicati dipendenti e indipendenti.

Inoltre vi sono notevoli evidenze che gli interventi basati sulla dissonanza cognitiva riducono il rischio per l'insorgenza dell'obesità e dell'aumento di peso relative alla valutazione dei controlli, mentre nessun programma di prevenzione dell'obesità ha ridotto il rischio di insorgenza dell'obesità in un follow-up a lungo termine.⁶⁶

Impostare interventi basati sulla dissonanza cognitiva per i gruppi "a rischio" ha rivelato una buona efficacia: un esempio viene dalla prevenzione selettiva rivolta agli adolescenti e dalla prevenzione indicata rivolta ad adolescenti femmine con bassa autostima, elevati livelli di ansia, eccessiva preoccupazione per il peso e la forma corporea.⁵⁰

Vi sono evidenze che i programmi di prevenzione selettiva che riguardano le giovani donne a rischio elevato di interiorizzazione dell'ideale di magrezza, di insoddisfazione corporea e di sentimenti negativi, producono maggiori effetti significativi di quanto non facciano i programmi universali offerti alle popolazioni non selezionate: i risultati indicano che questi interventi riducono sia i DA che l'obesità.⁶⁶

Si sono rivelati efficaci programmi selettivi, interattivi e multisessione, esclusivamente offerti a giovani donne con età maggiore di 15 anni e gestiti da professionisti, basati sull'accettazione del corpo e sulla dissonanza cognitiva, senza contenuti psicoeducativi. Gli interventi che riducono la pressione ad essere magri riducono anche l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea e i sentimenti negativi, con effetto integrato sulla prevenzione dei DA&O.^{62,63,64,66.}

7. I quattro temi centrali: le azioni da implementare

7.1 Aumentare o migliorare l'autostima

La prevenzione di sovrappeso e obesità e la prevenzione dei disturbi alimentari affrontano entrambe l'autostima e l'accettazione di sé^{2,73}

L'approccio è innovativo per contenuti e metodologia e ha l'obiettivo di "migliorare l'immagine corporea lavorando sull'*autostima*", con risultati che sembrano molto promettenti. Questo nuovo approccio si basa sull'assunto che attraverso un miglioramento dell'autostima (individuato da più studi come "fattore protettivo" per l'insorgenza dei DCA) è possibile agire positivamente sull'immagine corporea e sui comportamenti alimentari delle/degli adolescenti, realizzando interventi all'interno dell'ambiente scolastico.

I progetti di prevenzione dei DCA basati sull'autostima sono interventi di promozione della salute, che mirano a identificare e potenziare aspetti positivi del sé, allo scopo di produrre cambiamenti a livello di autopercezione e valori,

quali, ad esempio, norme culturali che regolano l'immagine corporea, per giungere alla modifica di comportamenti alimentari.

Riferimento teorico di quest'approccio è la teoria del *cognitivism sociale* che afferma che per modificare i comportamenti è necessario intervenire sui fattori predisponenti quali le influenze ambientali (i media), i fattori personali (valori e atteggiamenti), e l'autopercezione (l'immagine corporea).¹⁶

*I principali aspetti relativi al ruolo cruciale dell'autostima e di una positiva immagine corporea, necessari per difendersi da derisione e stigmatizzazione a causa del peso, sono stati ampiamente descritti al paragrafo 4.1 del capitolo 4. nello stesso modo è stato sottolineato il concetto di **autoefficacia di Bandura**⁶, importante per lo sviluppo dell'autonomia da parte dell'adolescente nei confronti della gestione del rapporto coi media. Si ricorda anche che **coinvolgimento di figure chiave all'interno di setting di comunità** quali genitori, insegnanti, figure professionali (nutrizionisti, dietisti e medici di base), gruppi di pari (gruppi sportivi, ecc.) deve essere considerato un fattore di "rinforzo".*

7.2 Sviluppare competenze (life skill) e migliorare i meccanismi di coping

Nella maggior parte dei progetti basati sull'*autostima* vengono proposti agli adolescenti.^{44,56}

- una serie di **attività per sperimentare e sviluppare abilità/competenze personali e sociali** fondamentali, quali ad esempio l'esercizio della leadership;
- il **coping**, cioè le strategie per resistere alle pressioni sociali e dei media che spingono all'adozione di comportamenti alimentari errati, specie restrittivi, che si associano a distorsione dell'immagine corporea.

7.3 utilizzare la dissonanza cognitiva

Un intervento basato sulla **dissonanza cognitiva** è basato sull'accettazione del proprio corpo: promuovere l'accettazione del corpo mediante una riduzione dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza comporta una riduzione dell'insoddisfazione corporea, degli stati d'animo negativi e di errati comportamenti di controllo del peso.

In particolare, risulta efficace impostare interventi basati sulla dissonanza cognitiva per i gruppi "a rischio": cioè, prevenzione selettiva rivolta agli adolescenti e prevenzione indicata rivolta ad adolescenti con bassa autostima,

elevati livelli di ansia, eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo.⁵⁰

Un esempio di un intervento di prevenzione selettiva può essere quello rivolto a studentesse con preoccupazione dell'immagine corporea che siano interessate ad un intervento sull'accettazione del corpo, svolto in un setting di gruppo, con un programma di intervento progettato per essere realizzato, per esempio, in quattro sessioni condotte per quattro settimane consecutive presso la scuola (Progetto Corpo secondo Stice). Tale intervento è già strutturato ed elaborato in alcune realtà italiane^{14,70} ed offre l'opportunità di implementare e di valutare gli effetti di questo interventi di prevenzione selettiva anche nella popolazione italiana.

Generalizzando, la dissonanza cognitiva può essere ridotta in tre modi:

- a. producendo un cambiamento nell'ambiente;
- b. modificando il proprio comportamento;
- c. modificando il proprio mondo cognitivo (ovvero il sistema delle proprie rappresentazioni cognitive e delle loro relazioni funzionali interne).

Lo studio dei mediatori dell'intervento, cioè i meccanismi attraverso cui l'intervento raggiunge i suoi effetti²⁸, ha evidenziato che:

- L'intervento di dissonanza riduce sia alcuni esiti (es. insoddisfazione corporea, restrizione dietetica, stati d'animo negativi e sintomi dei disturbi dell'alimentazione) sia il mediatore (es. interiorizzazione dell'ideale di magrezza).
- I cambiamenti del mediatore si correlano con quelli degli esiti.
- I cambiamenti del mediatore si verificano prima di quelli degli esiti.
- Gli effetti dell'intervento diventano significativamente più deboli quando sono controllati per il cambiamento del mediatore.⁶⁰

7.4 effettuare interventi globali

Vi sono ragioni pratiche e concettuali per l'utilizzo di un approccio integrato per la prevenzione dei DA e dell'obesità. In sintesi, nello sviluppo di interventi rivolti sia ai DA che all'obesità, deve essere preso in considerazione l'ampio spettro dei problemi alimentari e del peso. L'evidenza di legami sempre maggiori tra obesità e DA tendono a favorire approcci integrati e a ridurre la possibilità di involontari, ma nocivi effetti secondari di interventi che affrontano solo un aspetto dei problemi relativi al peso e ai DA.³⁴

Per la prevenzione, sono necessari interventi a livello dell'ambiente fisico e sociale. Per effettuare cambiamenti ambientali che siano accettabili per persone con esigenze diverse, è necessario impegnarsi a coinvolgere persone

che provengano da diversi ambiti professionali, culturali ed economici ed affrontare in rete approcci ambientali ed educativi che devono essere adottati in un'ottica di collaborazione.⁶¹

La meta-analisi di Stice e Coll. ha trovato che il 51% dei programmi di prevenzione dei DA ha ridotto i fattori di rischio dei DA e il 29% ha ridotto i DA attuali o futuri.

I maggiori effetti si sono verificati per programmi selettivi (contro universali), interattivi (contro didattici), multisessione (rispetto a singola sessione), esclusivamente offerti alle femmine (rispetto a entrambi i sessi), offerti ai partecipanti di oltre 15 anni di età (rispetto a quelli più giovani), e gestiti da professionisti (contro autogestiti). I maggiori effetti sono emersi da programmi basati sull'accettazione del corpo, sulla induzione della dissonanza, senza contenuti psicoeducativi e da programmi che utilizzano misure validate e più breve follow-up.

Alcuni di questi programmi di prevenzione hanno prodotto effetti di intervento sia per i DA che per l'obesità: questi risultati sono promettenti dal punto di vista della salute pubblica.

L'efficacia degli interventi dipende dalla presa in considerazione delle molteplicità delle cause e dei fattori di rischio evitabili o modificabili che sono comuni ai DA&O.⁵⁵

L'APA¹, nel quadro della sua politica di interesse pubblico, ha elaborato un interessante documento in cui dichiara il suo sostegno alle iniziative legislative per la prevenzione dei DA&O in sei aree:

- migliorare la nutrizione e l'attività fisica,
- aumentare la soddisfazione corporea,
- diminuire la stigmatizzazione e la derisione peso-correlate,
- promuovere marketing responsabile per i bambini,
- sostenere gli ambienti familiari sani e
- dedicarsi ai fattori culturali e socio-economici legati all'obesità e ai disturbi alimentari.

8. Conclusioni

La ricerca ha individuato molti fattori di rischio comuni a tutta la gamma di problematiche legate all'alimentazione ed al peso. Sono stati sviluppati alcuni efficaci programmi di prevenzione utili a coprire tutto lo spettro dei DA&O.

L'interesse per questo nuovo approccio integrato è in crescita continua.^{41,50}

La prevenzione dell'obesità ha ora un approccio olistico e sta assumendo una nuova dimensione comunitaria ed ambientale con l'attuazione di programmi integrati e la creazione di reti a livello nazionale ed internazionale.

Azioni di questo tipo sono senza dubbio necessarie per promuovere salutari cambiamenti di stile di vita nell'odierna società, ma non è meno importante assicurarsi che tali modifiche non comportino disturbi alimentari o perpetuino la stigmatizzazione del peso; quindi, è questo il momento ideale per incoraggiare i responsabili di tali programmi a tener conto delle informazioni disponibili sui potenziali benefici di una prevenzione integrata.

In futuro, la maggiore attenzione dovrebbe essere prestata alla comprensione dei comuni fattori di rischio e su quelli di protezione, che sono potenzialmente modificabili attraverso iniziative di prevenzione mediante lo sviluppo di interventi per prevenire simultaneamente una gamma di problemi legati al peso ed all'alimentazione.

BIBLIOGRAFIA

1. APA: Recommendations to Prevent Youth Obesity and Disordered Eating.
<http://www.apa.org/about/gr/pi/advocacy/2008/obesity.pdf>
2. APA Shared Risk Factors for Youth Obesity and Disordered Eating.
<http://www.apa.org/about/gr/pi/advocacy/2008/shared-risk.pdf>
3. Austin SB, Field AE, Wiecha J, et al. The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2005; 159(3): 225-230.
4. Austin SB, Kim J, Wiecha J, et al. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2007; 161(9): 865-869.
5. Baker, E. A., Schootman, M., Barnidge, E., et al. The role of race and poverty in access to food that enable individuals to adhere to dietary guidelines. *Preventing Chronic Disease*, 2006, 3, 1-11.
6. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol Rev*, 1977, 84, 191-215.

7. Bauer KW, Haines J, Neumark-Sztainer D. Obesity prevention: strategies to improve effectiveness and reduce harm. In: Smolak L, Thompson JK, editors. Body image, eating disorders, and obesity in youth. pgg : 241-260. American Psychological Association; Washington, D.C. 2009
8. Berg F, Buechner J, Parham E. Guidelines for childhood obesity prevention programs: promoting healthy weight in children. J Nutr Educ Behav, 2003; 35: 1-4
9. Blackburn GL, Wollner S, Heysmfield SB. Lifestyle interventions for the treatment of class III obesity: a primary target for nutrition medicine in the obesity epidemic. Am J Clin Nutr, 2010; 91(suppl): 289S-292S.
10. Bronfenbrenner U. Ecologia dello sviluppo umano, Il Mulino, Bologna, 1986.
11. Brown JD, Witherspoon EM. The mass media and American adolescents' health. J Adolesc Health, 2002; 31(6 Suppl): 153-170.
12. Carter FA, Bulik CM. Childhood obesity prevention programs: how do they affect eating pathology and other psychological measures? Psychosom Med, 2008; 70(3): 363-371.
13. Colen CG and Ramey DM. Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. Soc Sci Med, 2014, Jan 29;
14. Dalle Grave R. Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione nella scuola: progressi e sfide future. http://www.zonadelbenessere.it/2/412-Prevenzione_Disturbi_Alimentazione_nella_Scuola.aspx
15. Documento di Consensus. Obesità e disturbi dell'alimentazione. Indicazione per i diversi livelli di trattamento. Eat Weight Disord. 2010, 15: 1-31.
16. DORS Regione Piemonte. Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare. Criteri per individuare interventi efficaci. <http://www.dors.it/>
17. Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. Associations of weight based teasing and emotional well-being among adolescents. Arch Pediat Adol Med, 2003, 157, 733-738.

18. Eisenberg, ME., Olson, RE., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Bearinger, LH. Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Arch Pediat Adol Med*, 2004, 158, 792-796.
19. Fairburn, CG., Welch, SL., Doll, HA., et al. Risk factors for bulimia nervosa: A community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiat*, 1997, 54, 509–517.
20. a) Festinger L. *Teoria della dissonanza cognitiva*. Franco Angeli, Milano 1997.
21. Fiese, BH., Tomcho, T., Douglas, M., et al. Fifty years of research on naturally occurring rituals: Cause for celebration? *J Fam Psychol*, 2002, 16, 381-390.
22. Fitzgibbon ML, Stolley M. Promoting health in an unhealthful environment: lifestyle challenges for children and adolescents. *J Am Diet Assoc*, 2006; 106(4): 518-522.
23. Gagnon-Girouard MP, Begin C, Provencher V, et al. Can we apply the dual-pathway model of overeating to a population of weight-preoccupied overweight women? *Int J Eat Disord*, 2009; 42(3): 244-252.
24. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res*, 2006, 21:770-782.
25. Health Council of the Netherlands, Gezondheidsraad. For fat and thin. Prevention of overweight and obesity and the risk of eating disorders The Hague: Health Council of the Netherlands/Gezondheidsraad (GR). 2010/13E. 2010.
26. Hyunjung Lim et al. Weight misperception and its association with dieting methods and eating behaviors in South Korean adolescents. *Nutr Res Pract*, 2014; 8(2): 213-219.
27. Jackson, TD., Grilo, CM., Masheb, RM. Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obes Res*, 2000, 8, 451–458.
28. Jacobs, MP., Fiese, BH. Family mealtime interactions and overweight children with asthma: Potential for compounded risks? *J Pediatr Psychol*, 2007, 32, 64-68.
29. Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CG, et al. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiat*, 2002, 59, 877-83.

30. Kremers, S. P., Brug, J., deVries, H., et al. Parenting style and adolescent fruit consumption. *Appetite*, 2003, 41, 43-50.
31. Kelly R, Theim KL, Meghan M. Sinton MM, Richard I. Stein RI, Brian E. Saelens BE, Sucheta C. rt AI Preadolescents' and Parents' Dietary Coping Efficacy during Behavioral Family-Based Weight Control Treatment. *J Youth Adolesc*, 2012; 41(1): 86–97.
32. Kumanyika, SK., Whitt-Glover, MC., Gary, TL., et al. Expanding the obesity research paradigm to reach African American communities. *Preventing Chronic Disease*, 2007, 4, 1-12.
33. Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., et al. Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes*, 2002, 26, 123-131.
34. Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., et al. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: Implications for prevention weight-related disorders. *Arch Pediat Adol Med*, 2002, 156, 171-178.
35. Neumark-Sztainer D. Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *Int J Eat Disord*. 2005;38:220-227.
36. Neumark-Sztainer D.: Preventing the broad spectrum of weight-related problems: Working with parents to help teens achieve a healthy weight and a positive body image. *J Nutr Educ Behav*, 2005, 37, Suppl 2, 133-140,.
37. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., et al. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc*, 2006, 106(4), 559-568.
38. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., & Eisenberg, M. Why does dieting predict weight gain in adolescence? Findings from Project EAT II: A 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc*, 2007, 107(3), 448-455.

39. Neumark-Sztainer, DR., Wall, MM., Haines, JI., et al. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*, 2007, 33(5), 359-369.
40. Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A., et al. Family meals and disordered eating in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT, *Arch Pediat Adol Med*, 2008, 162(1), 17-22.
41. Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., et al. Accurate parental classification of adolescents' weight status: Does it matter? *Pediatrics*, 2008, 121(6), e1495-e1502.
42. Neumark-Sztainer, D. The interface between the eating disorders and obesity fields: Moving toward a model of shared knowledge and collaboration. *Eat Weight Disord*, 2009, 14: 51-58
43. Neumark-Sztainer D. Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *J Adolesc Health*. 2009; 44:206-213.
44. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Sherwood NE. Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment. *Int J Eat Disord*, 2009; 42(7), 664-672.
45. O' Dea J., Abrahams S., "Improving the body image, body attitudes and behaviours of youngmale and female adolescents: a new educational approach that focuses on self esteem", in *IJED*, 28 (2000), pp. 43-57.
46. Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull*, 2007, 133(4), 557-580.
47. Räisänen U, Hunt K. The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2014; 4: doi:10.1136/bmjopen-2013-004342
48. Report HBSC 2012: www.hbsc.unito.it. 2012
49. Report nazionale OKkio alla salute 2012: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/IndagineNazionale2012.asp>

50. Report nazionale PASSI 2012:
<http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2012/R2012Indice.asp>
51. Sanchez-Carracedo D., Neumark-Sztainer D, Lopez-Guimera G.: Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Pub Health Nutr*, 2012, 15, 2295-2309.
52. Schwartz, MB., Brownell, KD. Actions necessary to prevent childhood obesity: Creating the climate for change. *J Law Med Ethics*, 2007, 35, 78-89.
53. Schwartz M., Henderson K.E. Does obesity prevention cause Eating Disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48:8, August 2009.
54. Smith JP, Shen Y, Strauss J, Zhe Y, Zhao Y. The Effects of Childhood Health on Adult Health and SES in China. *Econ Dev Cult Change*, 2012, 61(1): 127–156.
55. Smolak L, Thompson JK. More questions: some concluding thoughts on body image, eating disorders and obesity in youth. In: Smolak L, Thompson JK, editors. *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. pgg 327-342, American Psychological Association; Washington, D.C. 2009
56. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, et al. Body Satisfaction, Weight Gain, and Binge Eating Among Overweight Adolescent Girls. *Int J Obes (Lond)*. 2012,; 36(7): 944–949.
57. Steiner-Adair C., Sjostrom L., Franko D.L., et al., “Primary prevention of risk factors for Eating Disorders in adolescent girls: learning from practice”, *Int J Eat Disord*, 2002, Dec 32 (4), 401-411.
58. Stice E, Chase A, Stormer S, et al. A randomized trial of a Dissonance-based eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord*, 2001, 29, 247 – 262.
59. Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 2004; 130(2): 206-227.
60. Stice E, Shaw H, Burton E, et al. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*, 2006; 74: 263–275.

61. Stice E, Presnell K, Gau J, et al. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *J Consult Clin Psychol*, 2007a, 75, 20-32.
62. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol*, 2007; 3: 207-231.
63. Stice E, Marti N, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*, 2008; 76(2): 329-40
64. Stice E, Shaw H, Black Becker C, Rohde P. Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. *Prev Sci*. 2008, 9(2): 114–128.
65. Stice E, Ng J, Shaw H.: Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 2010, 51(4): 518-525.
66. Stice E, Presnell K. Progetto Corpo, Casa Editrice Positive Press , 2011.
67. Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting Both Eating Disorders and Obesity Among Female College Students. *J Consult Clin Psychol*, 2012; 80(1): 164–170.
68. Storch, E. A., Milsom, V. A., DeBraganza, et al. Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at-risk-for overweight youth. *J Pediatr Psychol*, 2006, 32(1), 80-89.
69. Striegel-Moore, R. H., Dohm, F.-A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *Am J Psychiat*, 159, 1902–1907.
70. Tsai AG, Wadden TA. Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Ann Intern Med*, 2005; 142(1): 56-66.
71. Vanzo A. Pavan O. SIAN ULSS n.6 Vicenza. Progetto corpo.
<http://www.ulssvicenza.it/nodo.php/2188>

72. Venhuis BJ, Zwaagstra ME, van den Berg JDJ, et al. Trends in drug substances detected in illegal weight-loss medicines and dietary supplements. A 2002-2007 survey and health risk analysis. Bilthoven: RIVM; 2009: RIVM rapport 370030002.
73. Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promot Int*, 2008; 23(2): 173-189.
74. Zurbriggen, EL., Collins, RL., Lamb, S., et al. . Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls. American Psychological Association, Washington D.C. 2007
75. (de) Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2001; 25 Suppl 1: S51-S55.