

# Il progetto “Autoscatto”: un intervento educativo nei disturbi del comportamento alimentare mediante l’utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente

Gloria Tironi<sup>1</sup>, Maria Luisa Valenta<sup>2</sup>, Marta Mariani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> La Quercia Società Cooperativa Sociale, Via del Biancospino 24/2, 34151 Trieste, Italia

<sup>2</sup> Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

<sup>3</sup> Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

## Parole chiave

Disturbi alimentari,  
Educatore Professionale,  
Progetto educativo,  
Modello Transteorico del  
Cambiamento,  
Bulimia Nervosa

## Key words

Eating Disorders,  
Educator,  
Educational Project,  
Transtheoretical Model Of  
Behavior Change,  
Bulimia Nervosa

## Riassunto

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione rappresentano una problematica significativa all'interno della salute pubblica. Un importante approfondimento teorico sui trattamenti è fornito dalle linee guida regionali e nazionali, quali l'allegato 1 alla delibera 668 del 2017 della Regione Friuli-Venezia Giulia e il documento “Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione” pubblicato nel 2013 dal Ministero della Salute.

Lo scopo del seguente articolo è descrivere la progettazione e l'esecuzione di un intervento educativo, svolto su un singolo caso con diagnosi di bulimia nervosa, finalizzato all'aumento della motivazione al cambiamento. Il lavoro ha previsto una prima fase per l'individuazione delle aree di intervento e il successivo progetto educativo ha previsto l'utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente con attività per l'aumento della motivazione al cambiamento della persona presa in carico. Il progetto realizzato e i risultati positivi ottenuti hanno dimostrato che tramite l'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento è possibile lavorare sull'importante aspetto motivazionale con l'utilizzo di schemi specifici sul cambiamento, di aspetti psicologici e comportamentali.

## Abstract

Eating Disorders represent a relevant problem in public health. An important theoretical study on treatments is provided by the regional and national guidelines, such as annex 1 to resolution 668 of 2017 of the Friuli-Venezia Giulia Region and the document “Clinical, structural and operational appropriateness in the prevention, diagnosis and therapy of eating disorders” published in 2013 by the Ministry of Health.

The purpose of this article is to describe the planning and execution of an educational intervention, carried out on a single case diagnosed with bulimia nervosa, that aimed at increasing the motivation for change.

The work consists of a first phase in order to identify the areas of intervention. The educational project envisaged the use of the Prochaska and Diclemente Trans-Theoretical Model of Change with activities to increase the motivation for change of the person taken in charge.

The project carried out and the positive results obtained have shown that the application of the Trans-Theoretical Model of Change has allowed us to work on the motivational aspect with the use of specific schemes on change, psychological and behavioral aspects.

**Copyright © 2022** Gloria Tironi, Maria Luisa Valenta, Marta Mariani. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Gloria Tironi (✉) [tironigloria@gmail.com](mailto:tironigloria@gmail.com)

**Received:** 19 April 2022; **Accepted:** 19 June 2022; **Published online:** 29 June 2022. **doi:** 10.32044/ijedo.2022.04

## Introduzione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione rappresentano una problematica significativa all'interno della salute pubblica e richiedono la creazione di linee guida e di servizi adeguati a effettuare delle prese in carico complessive ed efficaci. L'incidenza di tali disturbi in Italia è stimata tra le donne a circa 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno per l'anoressia nervosa e a 12 casi su 100.000 persone per la bulimia nervosa<sup>1</sup>; tra gli uomini l'incidenza per questi disturbi si riduce rispettivamente a 1,4 casi su 100.000 per l'anoressia e a 0,8 casi su 100.000 per la bulimia. Negli ultimi anni si è verificato un importante abbassamento dell'età di esordio di questa tipologia di disturbi, che avviene circa tra i 15 e i 19 anni con un aumento dei casi ad esordio precoce.

Il Ministero della Salute all'interno delle linee guida per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione stabilisce i due principi guida del trattamento di tali problematiche: l'approccio multidisciplinare e la molteplicità dei contesti di cura. Per multidisciplinarietà si intende una presa in carico integrata, svolta da numerose figure professionali quali dietisti, medici psichiatri e internisti, psicologi, educatori, infermieri che permettono di operare verso il completo stato di benessere fisico, mentale e sociale della persona. Ciò viene effettuato con diversi livelli di intensità in base alle necessità e alle condizioni psichiche e fisiche della persona, dalla gestione ambulatoriale composta da incontri periodici con le diverse figure professionali sino al trattamento di tipo semiresidenziale, con un supporto di maggiore intensità, residenziale oppure ospedaliero quando si presentano dei maggiori rischi per l'integrità fisica e psichica della persona.

Il concetto di motivazione in quest'ambito è preso in considerazione sin dalle prime definizioni di anoressia nervosa<sup>2</sup>, nel XIX secolo, con gli studi di William Withey Gull e Ernest Charles Lasegue. Questi due studiosi portano la definizione di anoressia isterica, osservando che tale malattia colpiva principalmente le persone di sesso femminile di età compresa tra i 16 e i 23 anni; nell'analisi di questa malattia emerge inoltre che la restrizione alimentare è la conseguenza di un atteggiamento molto più complesso di un semplice rifiuto. Nella cura della malattia Gull e Lasegue sperimentano i farmaci per il miglioramento dell'appetito e della digestione e ne verificano il fallimento, giungendo alla comprensione della necessità di portare le pazienti verso un atteggiamento costruttivo durante la fase di trattamento. Si giunge dunque all'affermazione dell'importanza del "trattamento morale" della persona,

con il rifiuto dell'interpretazione dell'anoressia come una malattia strettamente biologica.

L'obiettivo del seguente studio è la sperimentazione del Modello Transteorico del cambiamento di Prochaska e Diclemente nell'ambito dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, verso l'individuazione di nuovi modelli di intervento per la gestione dell'aspetto motivazionale spesso ambivalente durante le fasi di accoglienza presso i servizi.

## Materiali e metodi

Le metodologie di intervento nell'ambito dei disturbi alimentari sono molteplici e ogni struttura può decidere quale tipologia di trattamento applicare come linea guida. L'American Psychiatric Association (APA) ha indicato nelle linee guida<sup>3</sup> del 2012 le principali tappe di intervento dei disturbi alimentari:

1. diagnosticare e trattare le complicanze mediche;
2. aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento;
3. aumentare il peso corporeo (nell'anoressia nervosa);
4. ristabilire un'alimentazione adeguata;
5. affrontare gli aspetti sintomatologici (dieta, digiuno, vomito auto-indotto, abuso di lassativi e diuretici, iperattività);
6. correggere i pensieri e gli atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso;
7. curare i disturbi psichiatrici associati al disturbo dell'alimentazione;
8. cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari;
9. aumentare il livello di autostima;
10. prevenire le ricadute.

Tra le prime tappe di intervento proposta dall'APA è presente la gestione degli aspetti motivazionali della malattia; tale aspetto dev'essere affrontato in modo non giudicante con l'analisi di vantaggi e svantaggi del problema e dell'eventuale cambiamento, fornendo alla persona le informazioni adeguate in merito ai rischi medici e psicologici del disturbo.

Una nota base teorica riguardante il cambiamento è il Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente<sup>4</sup>, elaborato intorno agli anni '80 all'interno dell'approccio socio-cognitivo. Il modello analizza il cambiamento come un processo dinamico e ciclico articolato in cinque differenti fasi<sup>5</sup>, che sono stabilite e guidate da proces-

si psicologici, comportamentali e cognitivo – esperienziali; per favorire il passaggio della persona tra i diversi stadi sono presenti alcuni strumenti quali la bilancia decisionale, l'aumento dell'autoefficacia e l'aumento del conflitto interiore. Le cinque fasi del cambiamento (Figura 1)<sup>6</sup> comprendono lo stadio della precontemplazione, lo stadio di contemplazione, lo stadio della determinazione, lo stadio dell'azione e lo stadio del mantenimento nel tempo del cambiamento effettuato con alcune eventuali ricadute e la gestione delle stesse.

Il modello definisce inoltre alcuni assunti di base:

- non è sufficiente una teoria unica per poter spiegare la complessità del processo di cambiamento;
- il cambiamento comportamentale si articola attraverso delle fasi;
- gli stadi e i rischi comportamentali sono stabili e aperti;
- la maggior parte dei soggetti appartenenti a fasce di popolazione a rischio non è pronta ad una fase di determinazione o di azione del cambiamento e a causa di ciò i tradizionali programmi per il cambiamento risultano inefficaci;
- per ogni stadio del cambiamento vanno applicati specifici processi e principi di modificazione comportamentale.

L'applicazione del modello Transteorico del cambiamento di Prochaska e Diclemente è attualmente sempre più diffusa in ambiti eterogenei quali le dipendenze patologiche da sostanze legali e illegali, la devianza, l'alcol, la promozione di stili di vita salutari, problematiche relative all'infezione da HIV, la gestione dello stress, la sedentarietà e l'obesità.

Il seguente progetto ha previsto l'analisi del Modello Transteorico e la sua applicazione nell'ambito dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione a livello ambulatoriale tramite degli interventi educativi svolti con un singolo utente preso in carico con una diagnosi di bulimia nervosa, seguito dal servizio ambulatoriale per i disturbi del comportamento alimentare di Trieste<sup>7</sup>. Egli nel periodo antecedente al progetto ha manifestato il forte desiderio di riuscire ad effettuare un cambiamento nelle abitudini alimentari, con la regolarizzazione delle stesse e con la rimozione degli episodi di abbuffata ed eliminazione presenti quotidianamente, tuttavia, è emersa un'ambivalenza verso l'idea del cambiamento legata al timore di modificare i propri equilibri. Durante i primi incontri sono stati dunque stabiliti insieme all'utente gli obiettivi specifici e generali del progetto (Tabella 1), da raggiungere entro tre mesi dall'inizio del progetto con incontri a cadenza settimanale presso il servizio ambulatoriale.

### Intervento terapeutico

Il progetto è stato sviluppato con una suddivisione degli interventi in due fasi principali, ognuna dedicata al raggiungimento di uno dei due obiettivi generali prefissati. Durante il primo periodo gli interventi si sono concentrati maggiormente sull'argomento riguardante la motivazione al cambiamento, con l'aumento dell'aderenza del ragazzo alle attività proposte e l'aumento della competenza emotiva. In questa prima fase gli incontri sono stati incentrati sul potenziamento dell'autoconsapevolezza e dell'autoeffi-



Figura 1. Gli stadi del Modello Transteorico e il processo circolare del cambiamento

caia e sulle possibilità di cambiamento grazie all'utilizzo di strumenti quali la bilancia decisionale; è stato inoltre molto importante osservare l'aumento della frattura interiore per analizzare e ridefinire l'immagine che l'utente ha su di sé. La seconda fase del progetto è stata dedicata alle attività di psicoeducazione sul disturbo alimentare, sugli episodi di abbuffata ed eliminazione e sulla costruzione di strumenti di gestione degli stessi.

All'interno del progetto sono state inserite alcune attività espressive per l'aumento dell'autoconsapevolezza grazie all'utilizzo di un particolare interesse portato dall'utente: la fotografia. Sfruttando il mezzo fotografico sono state proposte diverse attività per stimolare l'analisi del percorso svolto in passato e dei successi ottenuti; tramite l'acquisizione di fotografie è stato chiesto di rappresentare il sé stesso del passato e quello del presente creando un "autoritratto" simbolico, senza rappresentazioni del corpo ma con dei significati che vengono successivamente spiegati e discussi. Viene programmato l'utilizzo della fotografia per facilitare le capacità espressive del ragazzo, sfruttando tale mezzo nelle attività per l'autoconsapevolezza e per la gestione delle emozioni, con la sperimentazione e la narrazione di sé e della realtà circostante.

## Strumenti di misura

Per la verifica iniziale e finale del progetto sono stati utilizzati alcuni strumenti di valutazione oggettivi e soggettivi, di seguito elencati:

- Scala dell'autoefficacia Percepita nella Gestione dei Problemi Complessi<sup>8</sup> nella quale vengono presentate alcune situazioni di vita quotidiana e viene richiesto alla persona di indicare in che misura essa si sente capace di

gestirle, la scala è suddivisa in quattro dimensioni che forniscono ognuna un punteggio differente e riguardano la maturità emotiva, la finalizzazione dell'azione, la fluidità relazionale e l'analisi del contesto;

- Eating Problem Checklist<sup>9</sup> realizzato da Riccardo dalle Grave e Simona Calugi composto da 7 domande che indagano i comportamenti quali abbuffata, condotte di eliminazione o attività sportiva eccessiva alle quali la persona deve rispondere facendo riferimento alla settimana antecedente la somministrazione del test;
- autovalutazione sulla fase del cambiamento svolta grazie ad un'attività nella quale sono state spiegate le fasi e i loro dettagli con l'utilizzo di alcune frasi in ambito pratico con esempi di possibili cambiamenti, quali il fumo di tabacco o il consumo di sostanze alcoliche e in seguito alla prima fase di spiegazione è stato chiesto al ragazzo di riflettere sulla propria condizione e sulla propria storia, collocarsi all'interno dello schema spiegato e successivamente motivare la propria scelta;
- autovalutazione del ragazzo in merito alla propria condizione svolta durante i colloqui iniziali e finali verso l'individuazione degli obiettivi generali e specifici del progetto e degli obiettivi futuri in seguito alla conclusione del lavoro svolto sulla motivazione al cambiamento.

## Risultati

Durante la fase di verifica finale (Tabella 2) ci si è domandati se gli obiettivi prefissati nella fase di ideazione del progetto sono stati raggiunti e se i tempi e i modi sono stati rispettati.

La valutazione riguardante la motivazione al cambiamento è stata di tipo soggettivo grazie all'autovalutazione svolta dal ragazzo mediante l'utilizzo dello schema delle fasi della motivazione al cambiamento. La prima volta che

Obiettivi Generali	Obiettivi Specifici	Strumenti Di Valutazione
Aumento della motivazione al cambiamento	Aderenza al programma terapeutico e partecipazione ai colloqui	Diario di bordo dell'educatore e partecipazione attiva del giovane alle attività proposte; autovalutazione con lo schema delle fasi del cambiamento
	Aumento della competenza emotiva e dell'autoconsapevolezza	Scala Di Autoefficacia Percepita Nella Gestione Dei Problemi Complessi
Miglioramento delle abitudini alimentari	Riduzione episodi di crisi	Eating Problem Checklist
	Acquisizione regolarità nei pasti	Valutazione qualitativa svolta durante i colloqui

Tabella 1. Obiettivi e strumenti di valutazione del progetto

è stata svolta quest'attività egli si è dimostrato particolarmente interessato, anche grazie all'utilizzo delle spiegazioni teoriche che hanno suscitato diverse domande. Successivamente, quando è stato richiesto di collocarsi nella fase della motivazione egli ha utilizzato le frasi che erano state poste come esempio per comprendere la propria situazione e ha affermato di aver superato la fase di precontemplazione dopo aver preso consapevolezza della propria problematica e della possibilità di effettuare un cambiamento; egli dunque si è identificato nella fase di contemplazione riconoscendo la possibilità di effettuare un cambiamento nell'arco dei prossimi mesi. Dopo aver svolto gli interventi previsti dal progetto è stata riproposta l'attività di autovalutazione della fase del cambiamento e il ragazzo ha affermato di aver aumentato la propria autoconsapevolezza negli ultimi mesi e di essere passato alla fase successiva, della determinazione, dimostrando di aver acquisito la reale intenzione di cambiare la propria situazione. Grazie a ciò l'utente ha richiesto di continuare il proprio percorso in modo costante e di essere seguito anche dalla figura del dietista, di conseguenza è stato effettuato un colloquio insieme a tale figura per una presa in carico nutrizionale.

Per la valutazione dei sintomi del disturbo del comportamento alimentare con l'Eating Problem Checklist<sup>10</sup> in seguito alla prima somministrazione di tale test è emerso che ogni settimana si presentavano circa 12 episodi di abbuffata oggettiva seguiti da condotte di eliminazione, senza l'assunzione di lassativi o diuretici ma con alcuni episodi di attività motoria eccessiva; è inoltre emerso che in 7 giorni il ragazzo si è pesato tre volte con alcuni pensieri riguardanti la paura di aumentare di peso. Dalle risposte con scala Likert sono emerse preoccupazioni inerenti la forma del

proprio corpo e di controllo dell'alimentazione con la riduzione di quantità di cibo introdotta. Lo stesso test è stato somministrato in seguito alla conclusione del progetto svolto e dalle domande che richiedono di indicare il numero di episodi dell'ultima settimana è emerso che le condotte di abbuffata oggettiva ed eliminazione sono state ridotte da 12 a 7 volte e che sono state ridotte anche le preoccupazioni riguardanti il controllo del peso e dell'alimentazione e il numero di volte nelle quali l'utente si è pesato.

Nella valutazione dell'autoefficacia<sup>10</sup> con l'utilizzo della Scala dell'Autoefficacia Percepita grazie alla prima somministrazione durante i colloqui di conoscenza sono emersi dei punteggi più bassi nell'ambito della maturità emotiva e nella fluidità relazionale con difficoltà nella gestione delle situazioni stressanti, nella richiesta di aiuto alle altre persone e nella gestione dei conflitti, tali risultati sono stati fondamentali per l'individuazione degli obiettivi del progetto. Il test per l'autoefficacia è stato successivamente somministrato dopo la conclusione del progetto e ha evidenziato un aumento complessivo dei punteggi di tutti gli ambiti e in modo più rilevante nella fluidità relazionale e nella finalizzazione dell'azione.

In accordo con il ragazzo è stata definita la presa in carico in seguito alla conclusione del progetto ed è stata accordata una maggiore continuità nella presa in carico di tipo nutrizionale e psicologica. Sono stati inoltre discussi i successivi obiettivi sui quali lavorare verso la fase di azione e di mantenimento del cambiamento positivo che sono concentrati sulla prosecuzione del lavoro riguardante la consapevolezza emotiva e sull'aumento delle abilità sociali per la creazione di rapporti di fiducia con i pari e dunque per la creazione di una rete di supporto nel proprio percorso.

Strumento di valutazione	Valutazione iniziale	Valutazione finale
Scala dell'autoefficaci	Punteggio generale 52, maggiori difficoltà nella gestione dei conflitti delle situazioni stressanti	Punteggio generale 76, incremento maggiore nella finalizzazione dell'azione
Eating Problem Checklist	12 episodi di abbuffata ed eliminazione, preoccupazione sulla forma del proprio corpo	7 episodi di abbuffata ed eliminazione, diminuzione della preoccupazione sul corpo
Autovalutazione fase del cambiamento	Fase di contemplazione	Fase di determinazione
Autovalutazione generale	Richiesta di un supporto per mantenere una maggiore costanza nel trattamento	Necessità di aumentare la consapevolezza emotiva e le abilità sociale

**Tabella 2.** Strumenti di valutazione e punteggi emersi

## Discussione

Il progetto educativo riportato ha messo in evidenza come l'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente può rappresentare una risorsa nell'aumento della motivazione al cambiamento nelle diverse fasi della riabilitazione psico-nutrizionale delle persone che soffrono di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione.

Grazie ai risultati ottenuti è stata inoltre dimostrata l'importanza della figura dell'educatore professionale nei servizi per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, tale figura infatti può avere una funzione di supporto nell'intero percorso psicologico e nutrizionale della persona in collaborazione con l'équipe multidisciplinare.

È possibile ipotizzare i diversi interventi da svolgere con l'utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente, questi sono differenti in base alla fase nella quale si trova la persona e hanno l'obiettivo di favorire il passaggio verso la fase successiva della motivazione al cambiamento<sup>11</sup>.

Nella fase di precontemplazione<sup>12</sup> l'operatore affianca la persona nel momento di massima resistenza al cambiamento, raccogliendo informazioni sullo stile di vita e sulle abitudini e successivamente fornendo informazioni in merito allo stato di salute per aumentare la consapevolezza sulla problematica. Successivamente, avviene il passaggio alla fase di contemplazione con un pensiero ambivalente verso il cambiamento; durante tale momento vengono elencati gli elementi favorevoli e quelli negativi del comportamento disfunzionale e dell'eventuale cambiamento, per il conseguente aumento della consapevolezza e dell'attivazione emotiva con riferimenti ai valori personali e alla rete sociale. Durante la fase di determinazione nella quale la persona si dimostra decisa a voler attuare il cambiamento si fornisce un supporto nell'individuazione di obiettivi e strategie, favorendo l'aumento dell'autoefficacia e contemporaneamente aiutando la persona ad individuare le possibili difficoltà e i modi per superarle. In tale fase vengono coinvolti i familiari o i caregivers della persona per fornire loro le informazioni adeguate e le strategie per poter essere di aiuto nella fase di azione del cambiamento e nel suo mantenimento. Nella fase caratterizzata dal cambiamento attivo si favorisce l'autonomia della persona e in contemporanea vengono rinforzati positivamente i successi ottenuti aiutando a portare a termine gli obiettivi prefissati. Questo stadio è seguito dal mantenimento e dalla stabilizzazione del nuovo comportamento nel tempo, per favorire ciò è necessario aiutare a mantenere l'attenzione sulle eventuali difficoltà e

sulle situazioni critiche; durante la fase del mantenimento è inoltre importante supportare la persona nel caso in cui si dovessero presentare delle ricadute.

Il progetto educativo svolto e i risultati ottenuti sono una dimostrazione dell'utilità del Modello Transteorico nel supporto dell'aspetto motivazionale della persona e per la riduzione del malessere tramite l'acquisizione di strumenti per la gestione del disturbo alimentare. Nella fase di ideazione di ogni progetto con l'applicazione di tale base teorica è richiesto l'adattamento delle diverse strategie alle caratteristiche individuali di ogni persona e alle sue necessità.

## Referenze

- 1 Ministero della Salute (2017). *Disturbi dell'alimentazione - audizione informale - Commissione Igiene e Sanità*, Senato della Repubblica, 20 settembre 2017
- 2 Castelluccio, E. (2007). Per una storia dell'anoressia. *Psychofenia: Ricerca ed Analisi Psicologica*, (17), 257-289.
- 3 American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines (2012), *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*, terza edizione
- 4 Ragazzoni, P., Di Pilato, M., Longo, R., Scarponi, S., & Tortone, C. (2007). *Modello transteorico di Diclemente e Prochaska*.
- 5 Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1): 11-12
- 6 Ministero della Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari, dossier Guadagnare salute, rendere facili le scelte salutari
- 7 Servizio Integrato per i Disturbi del Comportamento Alimentare, ASUGI, [https://asugi.sanita.fvg.it/it/strutture/direz\\_sanitaria/dat/dsm/disturbi\\_comport\\_alimentare/](https://asugi.sanita.fvg.it/it/strutture/direz_sanitaria/dat/dsm/disturbi_comport_alimentare/) (consultato in data 08/2021)
- 8 Farnese, M. L., Avallone, F., Pepe, S., & Pocelli, R. (2007). *Scala di autoefficacia percepita nella gestione dei problemi complessi*. A. Grimaldi (a cura di). *Bisogni, valori e autoefficacia nella scelta del lavoro*. Roma: ISFOL Editore.
- 9 Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2018). *Eating Problem Checklist, Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale*. Verona: Positive Press
- 10 Bandura A. (1997). *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, edizione italiana; 2000b, Erickson Ed.
- 11 Chyurlia, L., Tasca, G. A., & Bissada, H. (2019). An Integrative Approach to Clinical Decision Making for Treating Patients With Binge-Eating Disorder. *Frontiers in psychology*, 10: 2573.
- 12 Pasqualotto, A. (2020). Il Disturbo da binge-eating: disturbo alimentare o dipendenza? L'impiego del modello transteorico del cambiamento come strumento di intervento per l'Educatore Professionale. *Journal of Health Care Education in Practice*, 2(2): 107-111.