



Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale
sede Palermo

“INTERconNEcT-ED(s) +”:
*un programma online di auto-aiuto guidato per adolescenti con Disturbi dell'alimentazione e per
i loro carers.*
Una proposta di ricerca

Mariarita Semola

Elaborato di fine anno

2025

“INTERconNEcT-ED(s) +”: un programma online di auto-aiuto guidato per adolescenti con Disturbi dell'alimentazione e per i loro carers.

Semola Mariarita¹

¹Istituto Tolman, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Abstract

I trattamenti online per i disturbi alimentari sono sempre più diffusi e mostrano un'elevata accettabilità sia da parte dei pazienti sia da parte dei carers. La letteratura suggerisce che i trattamenti di Auto-Aiuto Guidato possono migliorare l'aderenza ai trattamenti standard, il coinvolgimento dei pazienti e la motivazione al cambiamento. Il progetto “INTERconNEcT-ED(s) +” ha l'obiettivo di valutare la fattibilità, l'accettabilità, la scalabilità e l'efficacia preliminare di un intervento di Auto-Aiuto Guidato online, in aggiunta al trattamento ambulatoriale standard (TAU), rivolto ad adolescenti dai 12 ai 18 anni con diagnosi di DNA e ai loro carers.

Lo studio è un RCT multicentrico che confronta due gruppi: (i) TAU + “INTERconNEcT-ED(s) +” e (ii) TAU, in tre centri ambulatoriali del Sud Italia. L'intervento, erogato tramite app e web app per 8 settimane, integra materiali di auto-aiuto (video e workbook psicoeducativi basati su CBT-E, IPT-ED e DBT), forum di gruppo moderati da *peer mentors* e genitori di ex pazienti e sedute di gruppo online interpersonali per gli adolescenti. L'outcome primario è la riduzione del disagio psicologico (DASS-21) in pazienti e carers; outcomes secondari includono: psicopatologia specifica del disturbo alimentare, regolazione emotiva, difficoltà interpersonali, motivazione al trattamento, *burden* assistenziale, competenze di *caregiving*, strategie di coping, qualità della vita e soddisfazione per il trattamento; gli outcome saranno valutati a baseline, post-intervento e follow-up a 3 mesi, con monitoraggi settimanali. Si ipotizza che il programma produca un miglioramento significativo del benessere psicologico, della psicopatologia dei DNA e del funzionamento relazionale nelle diadi adolescente-carer rispetto al gruppo di controllo, riducendo il *burden* percepito dai carers e favorendo alleanza terapeutica, *engagement* e motivazione al cambiamento. Nonostante possibili limiti, lo studio mira a fornire evidenze sulla validità di un modello di cura digitale e integrato, che mette al centro i pazienti con una diagnosi di DNA in adolescenza e le loro famiglie, rendendoli consapevoli e attivi partecipanti del percorso verso la guarigione.

Keywords: Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, Adolescenti, Carers, Famiglia, CBT-E, DBT, Skills Training, IPT-ED, Guided Self-Help, Interventi online, peer mentoring.

Introduzione

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono condizioni psichiatriche complesse con un impatto sociale notevole, oltre che in termini di comorbidità fisiche e psichiatriche (Winkler et al., 2014). Sono caratterizzati da comportamenti alimentari alterati e includono quadri diagnostici che si muovono lungo un continuum da forme restrittive, come l'Anoressia Nervosa e l'*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID), a comportamenti di *overeating*, nel caso di Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder (Treasure et al., 2022; Solmi et al., 2024). I dati epidemiologici indicano un progressivo aumento dei tassi di prevalenza e incidenza (Galmiche et al., 2019; Micali et al., 2013) e un abbassamento dell'età di esordio, soprattutto nelle forme di restrizione alimentare (Treasure et al., 2020) con un preoccupante incremento dei tassi di mortalità e dei ricoveri tra pre-adolescenti, adolescenti e giovani adulti (J. Devoe et al., 2023; Ruggieri et al., 2025). La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato questa già complessa situazione, favorendo l'esordio precoce e l'esacerbazione dei sintomi: l'isolamento sociale, il cambiamento delle routine quotidiane, l'incremento di stress e difficoltà emotive e l'uso intensivo dei social media hanno rappresentato importanti fattori di rischio e di mantenimento (J. Devoe et al., 2023; Rodgers et al., 2020), insieme alla ridotta accessibilità ai trattamenti *face-to-face*, che ha causato interruzioni dei percorsi di cura tradizionali o lunghe liste di attesa nei servizi di cura (Fernández-Aranda et al., 2020; Weissman et al., 2020). L'adolescenza rappresenta un periodo particolarmente critico per l'insorgenza di tali disturbi, spesso associati a isolamento sociale, conflittualità familiare e difficoltà nelle relazioni interpersonali (Maunder & McNicholas, 2021) e alcune complicazioni mediche dovute alla malnutrizione possono diventare condizioni irreversibili se non trattate precocemente ed efficacemente (Chidiac, 2019). Sempre più spesso la letteratura mostra l'importanza di coinvolgere nel trattamento i genitori o dei familiari che si prendono cura degli adolescenti con DNA: le famiglie richiedono supporto, informazioni e aiuto (Haigh & Treasure, 2003). Da sempre la terapia familiare ha avuto il merito di coinvolgere tutti i membri del nucleo familiare nel trattamento; la famiglia da causa del disturbo diventa una risorsa nella risoluzione del problema e, ancora oggi, la terapia familiare è la forma più efficace di intervento nelle fasi iniziali della malattia - meno di 3 anni di durata dal primo esordio della patologia (Couturier et al., 2013; Fisher et al., 2010).

Tuttavia, la letteratura scientifica ha proposto e valutato approcci terapeutici transdiagnostici, in grado di lavorare sui tratti comuni dei DNA, andando oltre le categorie diagnostiche, come la Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E, Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) oggi terapia elitaria nel trattamento dei DNA, anche per gli adolescenti (Dalle Grave & Calugi, 2020) considerando come nuclei psicopatologici centrali l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione in soggetti che valutano sé stessi principalmente o esclusivamente sulla base di questi aspetti, che hanno un effetto importante sul funzionamento sociale e sulle relazioni intime con conseguente tendenza all'isolamento (Fairburn, 2020). Accanto alla CBT-E, la letteratura ha mostrato un buon livello di efficacia, accettabilità e fattibilità della Terapia Dialettico-Comportamentale (*Dialectical Behavior Therapy* - DBT, Linehan 1993; 2000) per far fronte a casi complessi di disregolazione emotiva, suicidalità o abusi (Vogel, Singh & Accurso, 2021), considerata di facile applicazione negli adolescenti con DNA, mantenuti dai meccanismi su cui la stessa DBT agisce: regolazione emotiva (inibizione in pazienti con AN o disregolazione in pazienti con BN e BED), capacità di tollerare la frustrazione e lo stress per gestire l'ansia legata al peso o all'alimentazione, le abilità relazionali per ridurre l'importanza attribuita all'approvazione da parte degli altri o ai conflitti familiari (Wisniewski & Kelly, 2003).

In questo contesto, le tecnologie di e-Health sono considerate come strumenti potenzialmente efficaci e flessibili da aggiungere ai trattamenti tradizionali per le persone che soffrono di un Disturbo Alimentare (Lo Coco et al., 2025), in grado di abbattere le barriere geografiche, ridurre lo stigma sociale e il senso di vergogna che spesso ostacolano l'accesso ai servizi di cura (Linardon et al., 2020), garantendo la continuità assistenziale attraverso l'integrazione di interventi *evidence-based*. Una delle soluzioni digitali più promettenti, in tal senso, è l'Auto-Aiuto Guidato (Guided Self-Help, GSH), una forma di terapia a bassa intensità (Shafran et al., 2021) che combina materiali di auto-aiuto strutturati (ad esempio, video, workbook, esercizi pratici) con la componente della *guidance*, fornita da professionisti sanitari o dai cosiddetti *peer mentors*, persone guarite da un disturbo alimentare che mettono a disposizione degli altri la loro esperienza diretta di malattia (Albano et al., 2024; Beintner et al., 2014; Fitzsimmons-Craft et al., 2020; Traviss-Turner et al., 2017). Il GSH si è dimostrato efficace nel ridurre i sintomi dei DNA, aumentare la motivazione al cambiamento e migliorare il benessere psicologico generale (Albano et al., 2024; Cardì et al., 2020; Loucas et al., 2014; Traviss-Turner et al., 2017), al punto da essere raccomandato come intervento di prima linea per il trattamento della Bulimia Nervosa e del Binge Eating Disorders nelle linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2017). Nel trattamento dei DNA, emozioni quali la sfiducia verso il clinico o la vergogna possono ostacolare il trattamento, ma studi recenti indicano che il legame instaurato con le *peer mentors* favoriscono la speranza nel processo di *recovery* da un DNA, il coinvolgimento attivo dei partecipanti e la riattivazione dei processi di socializzazione (Hanly et al., 2020; Albano et al., 2021). Parallelamente, la letteratura evidenzia come le difficoltà interpersonali rappresentino un fattore di mantenimento centrale nella psicopatologia dei disturbi alimentari (Fairburn et al., 2003; Arcelus et al., 2013; Treasure & Nazar, 2016). Il modello della Psicoterapia Interpersonale applicato ai DNA (IPT-ED, Piper & Ogrodniczuk, 2004) sottolinea infatti che le difficoltà interpersonali, in particolare quelle caratterizzate da svalutazione e mancanza di connessione affettiva, possano elicitare o esacerbare i sintomi alimentari, specialmente in casi di bassa autostima e difficoltà di regolazione emotiva (Rieger et al., 2010; Wilfley et al., 2000). Lo stesso Fairburn (2010) sostiene che la Terapia Interpersonale (IPT) è stata ideata per il miglioramento del funzionamento interpersonale, con il merito di rendere i pazienti responsabili del proprio cambiamento e in grado di affrontare ulteriori difficoltà interpersonali, lavorando sul senso di auto-efficacia percepita in termini di capacità interpersonali. Soprattutto negli adolescenti, il ruolo dei genitori che si prendono cura di loro (*carers*) è fondamentale nel riconoscimento precoce del disagio e della sofferenza e nella possibilità di sostenere la motivazione al cambiamento, evitando una cronicizzazione del disturbo (Treasure & Nazar, 2016); tuttavia, tale coinvolgimento comporta un notevole onere emotivo, gestionale ed economico per l'intera famiglia (Le Grange et al., 2010; Maunder & McNicholas, 2021), che spesso si traduce in difficoltà, legate al disagio psicologico e allo stress, che comprendono il sovraccarico (*burden*) oggettivo e soggettivo percepito da chi si prende cura di chi soffre di un disturbo alimentare (Sepúlveda et al., 2012). Tuttavia, gli interventi esistenti tendono a concentrarsi esclusivamente sul paziente o sui *carers*, trascurandone l'influenza reciproca. Le famiglie segnalano quindi la necessità di informazioni accurate e di forme flessibili di supporto compatibili con la gestione della vita quotidiana (Haigh & Treasure, 2003). In risposta a queste esigenze, le soluzioni digitali, fornite tramite app o piattaforme web, possono rappresentare trattamenti personalizzati su misura per le vulnerabilità cognitive, emotive e relazionali delle persone con un DNA e dei loro *carers*.

“INTERconNECT-ED(s) +” è stato sviluppato con l'obiettivo di estendere e rafforzare l'efficacia dell'intervento di Auto-Aiuto Guidato progettato nell'ambito del progetto PRIN PNRR

“INTERconNEcT-ED(s)” (Lo Coco et al., 2025), affrontando alcune questioni critiche emerse durante la sua fase iniziale di implementazione: (i) l'esclusione dei partecipanti minorenni, nonostante le evidenze di una riduzione dell'età di insorgenza dei disturbi alimentari (Currin et al., 2005; Micali et al., 2013), e (ii) l'assenza di coinvolgimento attivo dei carers, nonostante le evidenze che il coinvolgimento della famiglia migliora sia i risultati clinici che relazionali e riduce il carico percepito dai carers (Hibbs et al., 2015; Treasure & Nazar, 2016).

Alla luce di queste considerazioni, il progetto “INTERconNEcT-ED(s) +” mira a colmare queste lacune attraverso lo sviluppo e la valutazione di un intervento di Auto-Aiuto Guidato online specificamente pensato per gli adolescenti con diagnosi di DNA e per i loro carers, con l'obiettivo di agire precocemente sui sintomi del disturbo per prevenire la cronicità e promuovere un decorso clinico più favorevole. Questo approccio è riconosciuto anche per la sua efficacia nel rafforzare abilità pratiche di fronteggiamento e capacità comunicative dei carers, fornendo loro strumenti concreti per gestire il *burden* emotivo e relazionale associato al supporto di una persona cara con un DNA (Treasure et al., 2016; Cardi et al., 2017; Albano et al., 2019).

Obiettivi

L'obiettivo generale di “INTERconNEcT-ED(s) +” è valutare la fattibilità, l'accettabilità, la scalabilità e l'efficacia preliminare di un intervento di auto-aiuto guidato online, progettato per gli adolescenti con diagnosi di DNA e i loro carers, in aggiunta al Trattamento standard (TAU). Il progetto mira, inoltre, a ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure e a promuovere la salute mentale degli adolescenti, con particolare attenzione al Sud Italia. Nello specifico, il programma “INTERconNEcT-ED(s) +” mira a: (i) ridurre il disagio psicologico nei pazienti adolescenti e nei loro carers, (ii) ridurre la psicopatologia dei disturbi alimentari nei pazienti adolescenti, (iii) diminuire il *burden* percepito dei carers, (iv) migliorare le abilità di gestione del disturbo e di supporto da parte dei carers, (v) migliorare il funzionamento relazionale e le capacità comunicative.

Inoltre, lo studio mira a: (i) valutare il coinvolgimento e l'accettabilità dell'intervento digitale e online, mediante analisi degli indici di completamento dei materiali di auto-aiuto previsti dal programma, frequenza di partecipazione alle attività online (forum e sessioni di gruppo) e livelli di soddisfazione riportati dai partecipanti (Barakat et al., 2019; Fitzsimmons-Craft et al., 2020); (ii) indagare il ruolo dell'alleanza terapeutica nel predire i cambiamenti clinici, ipotizzando – in linea con le evidenze precedenti (Hibbs et al., 2015; Treasure & Nazar, 2016) – che un'alleanza più solida con terapeuti e pari favorisca una maggiore riduzione del distress psicologico e della psicopatologia alimentare nel corso delle sessioni, (iii) esplorare il miglioramento del funzionamento sociale e lavorativo, nonché la motivazione al cambiamento, sia al termine del trattamento (8 settimane) che al follow-up a 3 mesi;

Metodo

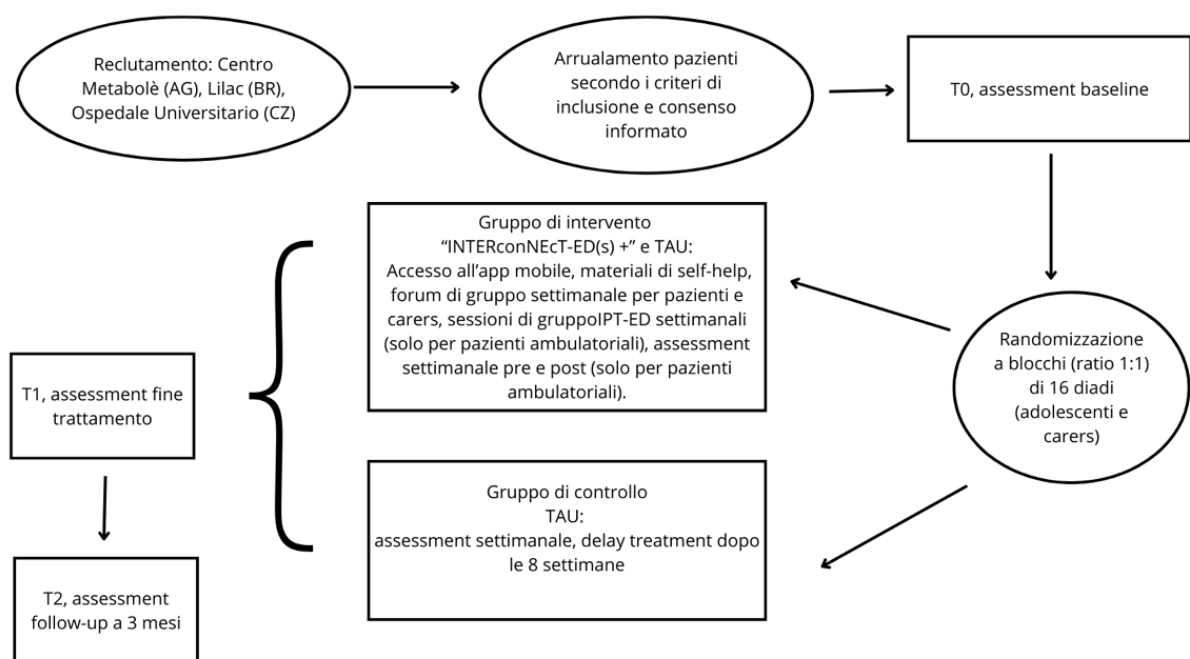
Design dello studio

“INTERconNEcT-ED(s) +” è uno studio randomizzato, controllato, multicentrico a gruppi paralleli volto a valutare se l'aggiunta al trattamento ambulatoriale di un Auto-Aiuto Guidato online per pazienti con DNA e i loro carers possa ridurre il loro distress psicologico e migliorare il loro benessere psicologico generale. L'intervento di auto-aiuto guidato online, della durata di 8 settimane, sarà erogato tramite app mobile e web app a pazienti adolescenti con diagnosi di DNA che ricevono il trattamento ambulatoriale presso uno dei centri di reclutamento (TAU) e ai loro carers.

Partecipanti

I partecipanti inclusi nello studio saranno adolescenti dai 12 ai 18 anni, con una diagnosi formale di Disturbi Alimentari. Ai pazienti verrà inoltre chiesto di nominare un carer disponibile a partecipare. Nello specifico i criteri di inclusione sono: (1) età compresa dal 12 ai 18 anni, (2) diagnosi formale di Disturbi Alimentari, in accordo con il DMS-5-TR, (3) trattamento ambulatoriale presso uno dei centri di reclutamento da non più di 12 mesi, (4) accesso a un dispositivo mobile (telefono cellulare, computer, laptop, tablet) e a una connessione Internet, (5) disponibilità a includere un carer e disponibilità del carer a partecipare. I criteri di esclusione includono: (1) psicosi acuta, (2) gravi deficit cognitivi, neurologici o visivi, (3) trattamenti farmacologici che interferiscono con i comportamenti alimentari, (4) gravidanza. I partecipanti saranno reclutati da 3 centri ambulatoriali del Sud Italia, specializzati nel trattamento di disturbi alimentari (Centro Metabolè, Agrigento; Centro Lilac, Bari; Ospedale Universitario Magna Graecia, Catanzaro). L'équipe medica dell'ambulatorio di reclutamento selezionerà i pazienti sulla base dei criteri di inclusione allo studio, informando il team di ricerca. I partecipanti idonei saranno poi contattati dal team di ricerca al fine di ottenere il consenso informato per la partecipazione allo studio, confermare la loro volontà alla partecipazione e raccogliere i dati del carer partecipante (vedi figura 1 per la descrizione delle fasi dello studio).

Figura 1. Fasi dello studio “INTERconNEcT-ED(s) +”.



Randomizzazione

I pazienti che rispettano i criteri di inclusione saranno invitati a partecipare allo studio, dopo la compilazione del consenso informato. All'atto di creazione del profilo utente sull'app mobile, i partecipanti saranno invitati a compilare un questionario di baseline e successivamente saranno randomizzati come diadi in uno dei due seguenti gruppi: (1) nel gruppo di intervento (“INTERconNEcT-ED(s) +” + TAU) o (2) nel gruppo di controllo (TAU). Il team di ricerca svilupperà lo schema di randomizzazione e fornirà ai centri di reclutamento buste opache sigillate contenenti le allocazioni dei partecipanti ai gruppi. La randomizzazione dopo la compilazione del

questionario di baseline da parte dei pazienti previene la possibilità di bias di selezione e avverrà al termine di ogni sessione di arruolamento. La randomizzazione avrà luogo a blocchi, di 16 diadi, con un rapporto di allocazione 1:1 per garantire un'assegnazione casuale di 16 diadi di partecipanti (ogni diade sarà composta a un adolescente e un carer) in ciascun gruppo. I partecipanti randomizzati nel gruppo di intervento (“INTERconNEcT-ED(s) +” e TAU) avranno accesso ai materiali di auto-aiuto (workbook e videoclip), forum di gruppo tematici settimanali e sedute di gruppo online per le 8 settimane del programma.

I partecipanti randomizzati nel gruppo di controllo riceveranno solo il trattamento ambulatoriale multidisciplinare previsto nei rispettivi centri di reclutamento (TAU) e avranno accesso alle componenti dell'intervento (materiali di auto-aiuto: video e workbook) alla fine delle 8 settimane di intervento (condizione di *delay treatment*) Di seguito i dettagli dell'intervento.

Intervento

Il programma di Auto-Aiuto Guidato online, “INTERconNEcT-ED(s) +”, verrà erogato tramite app mobile o web app e prevede materiali di auto-aiuto per i carers e per i pazienti e sessioni interattive (forum e sedute di gruppo).

Materiali di auto-aiuto

“INTERconNEcT-ED(s) +” includerà materiali di auto-aiuto come video e podcast o brevi workbook. I video e i podcast saranno registrati a partire da interviste svolte, attraverso il modello dell'Intervista Motivazionale (Rollnick & Miller, 1995), con persone che sono guarite da un disturbo alimentare e con genitori di ex pazienti, impegnati in attività di sensibilizzazione e divulgazione nell'ambito dei disturbi alimentari.

L'inclusione delle loro storie è sostenuta inoltre dalla teoria dell'auto-determinazione secondo la quale autonomia, competenze personali e relazioni con gli altri possono incrementare la motivazione interna, la crescita personale (Ryan & Deci, 2000) e l'auto-compassione (Carter & Kelly, 2015). Attraverso le loro voci e le loro esperienze, le persone guarite da un disturbo alimentare o i genitori di ex pazienti, adeguatamente formati, possono svolgere il ruolo di *peer mentors*, al fine di contribuire alla gestione del disturbo, infondendo speranza e motivazione al cambiamento. Questo potrebbe aumentare il senso di connessione tra pari, attraverso la condivisione di esperienze e di competenze acquisite. Il supporto tra pari è, infatti, uno dei principali processi di *recovery*, insieme alla speranza o all'ottimismo verso il futuro e alla fiducia nel cambiamento, allo sviluppo di un'identità slegata dal disturbo, al senso di significato nella vita e all'esperienza di *empowerment* (Albano et al., 2023). I video e i podcast saranno organizzati per aree tematiche centrali: fattori di mantenimento del disturbo, gestione delle emozioni, aspetti cognitivi e pensieri legati al disturbo alimentare, relazioni interpersonali, motivazione al cambiamento e importanza di chiedere aiuto e la guarigione (Lo Coco et al., 2025).

I workbook o brevi capitoli da leggere hanno l'obiettivo di fornire materiali psicoeducativi sui disturbi alimentari, al fine di incrementare le competenze e le conoscenze personali sul proprio disturbo, offrire informazioni sulle difficoltà interpersonali e descrivere le strategie utili per affrontare i comportamenti alimentari disfunzionali (Lo Coco et al., 2025). I workbook hanno l'obiettivo di promuovere ristrutturazione cognitiva, facilitare l'apprendimento di strategie di fronteggiamento e gestione emotiva, favorire la modifica di abitudini e comportamenti legati al disturbo alimentare e supportare il miglioramento del funzionamento socio-relazionale (Cardi et al., 2015; Cardi et al., 2017).

Nello specifico, i workbook includeranno informazioni generali sui disturbi alimentari e sulle difficoltà interpersonali (Lo Coco et al., 2025), come comune denominatore nel mantenimento di

DNA, poiché è probabile che le persone che soffrono di un Disturbo Alimentare riportino difficoltà interpersonali come la paura di ricevere valutazioni o giudizi negativi da parte degli altri, che possono portare a una bassa autostima o effetti negativi (Arcelus et al., 2013).

Il programma integra contenuti *evidence-based* derivati dalla Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E) per gli adolescenti (Dalle Grave, 2022; Dalle Grave & Calugi, 2024) e per i carers (Dalle Grave & el Khazen, 2022), Psicoterapia Interpersonale per i Disturbi Alimentari (IPT-ED, Piper & Ogrodniczuk, 2004; Rieger et al., 2010), con materiali adattati all'adolescenza e ai carers. I moduli affrontano temi quali immagine corporea, regolazione emotiva, uso *mindful* dei social media, con particolare attenzione ai processi di interiorizzazione degli ideali corporei mediati dai social media, al body checking, alla prevenzione delle ricadute e alla promozione dell'autostima. I materiali di auto-aiuto includeranno moduli specifici basati sul training DBT per lavorare sullo sviluppo di abilità e competenze relazionali e di fronteggiamento del DNA dei propri cari, oltre che sulle abilità di tolleranza dello stress, attraverso esercizi pratici (Hoffman et al., 1999). L'obiettivo è potenziare le abilità di regolazione emotiva e migliorare le risposte relazionali dei carers, aiutandoli a gestire pensieri ed emozioni con maggiore flessibilità.

Forum di gruppo

Il progetto prevede anche sessioni interattive sincrone con l'obiettivo di rafforzare l'engagement e la condivisione tra pari, sia per i pazienti sia per i loro carers. In particolare, gli adolescenti parteciperanno a forum settimanali della durata di un'ora in formato di chat sincrona, guidati da *peer mentors* (giovani content creator che hanno completato il proprio percorso di cura da un DNA) e moderati da studenti di psicologia in formazione con bassa esperienza clinica. I carers, a loro volta, avranno accesso a forum settimanali attraverso chat di gruppo anonime, condotti da genitori di ex pazienti che collaborano attivamente con associazioni familiari (ad es. Associazione *IlFiloLilla*), impegnate in attività di supporto, prevenzione e sensibilizzazione sui disturbi alimentari e sull'importanza del ruolo della famiglia nel trattamento. L'obiettivo di questi forum, per pazienti e carers, è quello fornire uno spazio sicuro in grado di favorire il sostegno reciproco, aumentare la consapevolezza, rafforzare l'engagement e la motivazione al cambiamento e ridurre il *burden* emotivo e la percezione di isolamento da parte delle famiglie. Genitori e *peer mentor* che guideranno i forum, e studenti che modereranno, riceveranno supervisione e una formazione strutturata sul Motivational Interviewing, un metodo direttivo centrato sul paziente per rafforzare la motivazione al cambiamento e risolvere l'ambivalenza (Rollnick & Miller, 1995), e sull'utilizzo delle risorse di auto-aiuto online. I trascritti delle chat saranno accessibili a tutti i partecipanti come ulteriore materiali di auto-aiuto durante le 8 settimane di intervento.

Sedute di gruppo online

Gli adolescenti, inoltre, durante le 8 settimane avranno accesso a sedute di gruppo di circa 90 minuti ciascuna, sulla base della Terapia Interpersonale per i DNA (IPT-ED, Piper & Ogrodniczuk, 2004), condotte da un terapeuta esperto e personalizzate sulla base dello stile interpersonale dei partecipanti al gruppo.

Assessment

L'efficacia dell'intervento sarà valutata in tre momenti temporali: baseline, fine del trattamento (dopo 8 settimane) e follow-up a 3 mesi. Tutti i partecipanti completeranno lo stesso protocollo di assessment (vedi tabella 1) tramite la piattaforma online dedicata. Le informazioni sociodemografiche e cliniche (età, altezza, peso, sesso assegnato alla nascita, identità di genere, stato civile, anni di istruzione, occupazione, precedente diagnosi di disturbo alimentare, durata della malattia e uso di

farmaci) saranno raccolte tramite un questionario demografico ad hoc sia per gli adolescenti sia per i loro carers designati.

Tabella 1. Assessment e misure di outcomes del progetto “INTERconNEcT-ED(s) +” per il gruppo di controllo e di intervento

Misura	Popolazione	Baseline	Fine trattamento (8 settimane)	6-Follow-up a 3 mesi	Settimanale – Gruppo di intervento	Settimanale – Gruppo di controllo
Questionario sociodemografico ad hoc	Adolescenti, Carers	✓	–	–	–	–
DASS-21	Adolescenti, Carers	✓	✓	✓	✓	✓
EDE-Q	Adolescenti	✓	✓	✓	–	–
EDE-QS	Adolescenti	–	–	–	✓	✓
D-Flex	Adolescenti	✓	✓	✓	–	–
IIP-32	Adolescenti	✓	✓	✓	–	–
DERS	Adolescenti	✓	✓	✓	–	–
ACMTQ	Adolescenti	✓	✓	✓	–	–
VAS (Motivational Ruler)	Adolescenti	✓	✓	✓	–	–
WAI	Adolescenti	–	–	–	✓	–
EDSIS	Carers	✓	✓	✓	✓	✓
CASK	Carers	✓	✓	✓	–	–
FCQ-ED	Carers	✓	✓	✓	–	–
AESED	Carers	✓	✓	✓	–	–
EQ-5D-5L	Adolescenti, Carers	✓	✓	✓	–	–
CSQ-8	Adolescenti, Carers	✓	✓	–	–	–

Outcome primario

Depression Anxiety and Stress Scale – 21 items (DASS-21, Bottesi et al., 2015): è uno strumento self-report composto da 21 item suddivisi in tre sottoscale (Depressione, Ansia, Stress) con 7 item ciascuna, che valutano la gravità dei sintomi nelle ultime due settimane. È ampiamente utilizzata in ambito clinico e di ricerca per la valutazione transdiagnostica del disagio emotivo.

Outcome secondario

Assessment per i pazienti:

Questionario socio-demografico.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q, Calugi et al., 2017): è uno strumento self-report, costituito da 28 item che esplorano la psicopatologia specifica dei disturbi alimentari negli ultimi 28 giorni su scala likert a 7 punti (da 1=mai a 6=ogni giorno). Fornisce un punteggio globale e quattro sottoscale: Restrizione, Preoccupazione per il cibo, Preoccupazione per il peso e Preoccupazione per la forma.

Eating Disorder Examination Questionnaire – 7 item (EDE-QS, Grilo et al., 2013): è una versione breve di 7 item sviluppata per il monitoraggio frequente dei sintomi ED. Valuta comportamenti e cognizioni tipiche (restrizione, preoccupazioni eccessive per il peso e per la forma del corpo) con riferimento ai precedenti 7 giorni.

DFlex Questionnaire (Marchiol et al., 2020): è uno strumento a 24 item su scala Likert a 6 punti (da 1=fortemente in disaccordo a 6=fortemente d'accordo) specifico per la misurazione della rigidità cognitiva. Valuta due dimensioni principali: *Cognitive inflexibility* (rigidità cognitiva e difficoltà di set-shifting) e *Over-Attention to Detail* (coerenza centrale debole).

Inventory of Interpersonal Problems – 32 items (IIP-32, Lo Coco et al., 2018): un questionario a 32 item che valuta le difficoltà relazionali attraverso 8 dimensioni di problematiche interpersonali (Dominante/Controllante, Vendicativo/Egocentrico, Freddo/distante, Socialmente inibito, Non assertivo, Eccessivamente accomodante, Altruista, Bisognoso Intrusivo).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004): è uno strumento self-report composto da 36 item su scala Likert a 5 punti (da 1= quasi mai a 5=quasi sempre) che misura sei dimensioni della disregolazione emotiva: (i) Non accettazione delle risposte emotive, (ii) Difficoltà nel perseguire obiettivi; (iii) Impulsività, (iv) Scarsa consapevolezza emotiva, (v) Accesso limitato a strategie di regolazione, (vi) Mancanza di chiarezza emotiva. La scala è stata validata in italiano da Sighinolfi et al. (2010).

Autonomous and Controlled Motivations for Treatment Questionnaire (ACMTQ, Tempia Valenta et al., 2024): un questionario self-report composto da 12 item su scala Likert a 7 punti (da 1=fortemente in disaccordo a 7=fortemente d'accordo), organizzato in due sottoscale che misurano la Motivazione Autonoma e la Motivazione Controllata all'adesione al trattamento. In aggiunta, verrà impiegata una Scala Analogico-Visiva, Motivational Ruler (Cardi et al., 2017), per valutare il grado di importanza attribuito al cambiamento e il livello di fiducia nella propria capacità di cambiare. I partecipanti indicheranno quanto ritengono importante il cambiamento (da 0=per nulla importante a 10=estremamente importante) e quanto si sentono sicuri della propria capacità di realizzarlo (da 0=per nulla sicuro/a a 10=estremamente sicuro/a).

Come variabili di processo terapeutico verrà utilizzato il *Working Alliance Inventory* (WAI, Hatcher & Gillaspay, 2006): un questionario di 12 item su scala Likert a 7 punti che produce un risultato globale e punteggi in 3 sottoscale: accordo sugli obiettivi in terapia, accordo sui compiti in terapia e legame affettivo.

Assessment per i carers:

Questionario socio-demografico.

Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS, Sepúlveda et al., 2008): valuta l'impatto dei sintomi dei disturbi alimentari sui familiari e sul burden percepito dai carers. Il questionario è composto da 24 item su una scala Likert a 5 punti (da 0= mai a 4=quasi sempre) suddivisi in quattro sottoscale: senso di colpa, isolamento sociale, comportamenti disregolati, e nutrizione.

Caregiver Skills Scale (CASK, Fasolato et al., 2025): è uno strumento a 27 item che esplora diverse competenze di assistenza e abilità dei carers necessarie nella gestione clinica di pazienti con disturbi dell'alimentazione. Gli item sono suddivisi in sei sottoscale: (i) quadro generale, (ii) cura di sé, (iii)

saper tacere nei momenti opportuni, (iv) consapevolezza e accettazione, (v) intelligenza emotiva, (vi) tolleranza alla frustrazione.

Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED, Fasolato et al., 2025): è uno strumento di 33 item, su scala Likert a 5 punti (0–4), che misura i comportamenti di *accommodation* ed *enabling* messi in atto dai carers, restituendo un indice del livello complessivo di adattamento familiare disfunzionale. Lo strumento valuta 5 sottoscale: (i) evitamento e modifica delle routine familiari, (ii) ricerca di rassicurazioni, (iii) rituali durante i pasti, (iv) controllo sulle dinamiche familiari, (v) chiudere un occhio.

Family Coping Questionnaire for Eating Disorders (FCQ-ED, Fiorillo et al., 2015): è uno strumento di 32 item progettato per misurare le strategie di coping familiari in risposta ai comportamenti disfunzionali alimentari dei pazienti. Gli item sono raggruppati in due fattori: strategie orientate al problema (ricerca di informazioni, comunicazione positiva) e strategie incentrate sulle emozioni (evitamento, collusione, coercizione), e un item è relativo alla ricerca di aiuto spirituale.

Assessment sulla qualità della vita e soddisfazione:

EQ-5D-5L (EuroQol): è uno strumento per la valutazione della qualità della vita e dello stato di salute, che misura cinque dimensioni: mobilità, cura di sé, attività abituali, dolore/disagio e ansia/depressione.

Client Satisfaction Questionnaire – 8 items (CSQ-8, Attkisson & Zwick, 1982): valuta la soddisfazione dei partecipanti per il trattamento ricevuto attraverso 8 item su scala Likert a 7 punti.

Analisi statistiche

Verranno usate analisi univariate della varianza (ANOVA) per confrontare il gruppo di controllo e il gruppo di intervento, in base alle caratteristiche di baseline. I dati mancanti saranno gestiti attraverso tecniche di imputazione multipla, basate su metodi di *Markov Chain Monte Carlo* (MCMC). L'efficacia dell'intervento rispetto agli outcome primari e secondari sarà valutata mediante *Linear Mixed-Effects Models* (LMM), applicando il principio dell'*intention-to-treat* (ITT). Verrà utilizzato un *random intercept cross-lagged panel model* (RI-CLPM) per esaminare l'associazione bidirezionale tra l'alleanza terapeutica (misurata tramite WAI) e gli outcome settimanali post-sessione (EDE-QS e DASS-21).

Discussione e risultati attesi

Sulla base delle evidenze esistenti circa l'efficacia degli interventi digitali di auto-aiuto e auto-aiuto guidato nei Disturbi della Nutrizione e dell'alimentazione (DNA) e il ruolo del coinvolgimento familiare (Linardon, 2020), si prevede che il programma “INTERconNEcT-ED(s) +” possa produrre miglioramenti significativi sugli esiti clinici e relazionali nei pazienti adolescenti con DNA e nei loro carers, con un miglioramento del disagio psicologico complessivo (ansia, depressione, stress) nelle diadi di partecipanti allocati nel gruppo di intervento, rispetto al gruppo di controllo, sia alla fine del trattamento (dopo 8 settimane) sia al follow-up (Linardon et al., 2019).

Si prevede inoltre un miglioramento nella psicopatologia specifica del disturbo alimentare, nella regolazione emotiva, nel funzionamento interpersonale e nelle competenze di *caregiving*, alla luce della centralità dei fattori interpersonali nel mantenimento dei DNA (Aardoom et al., 2013; Schmidt & Treasure, 2006).

Il programma è progettato per favorire l'acquisizione di strategie funzionali di regolazione emotiva e il potenziamento delle competenze relazionali, promuovendo una maggiore consapevolezza dei propri stati interni e modalità più adattive di gestione delle difficoltà quotidiane. L'utilizzo di materiali di auto-aiuto, la partecipazione ai forum di gruppo condotti da *peer mentor* o genitori di ex pazienti e sessioni di gruppo online potrebbero facilitare i processi di identificazione reciproca, condivisione delle esperienze e costruzione di un'alleanza terapeutica positiva (Albano et al., 2021).

In particolare, il coinvolgimento attivo dei caregiver attraverso materiali di auto-aiuto, esercizi pratici strutturati, forum interattivi e testimonianze di altri genitori mira a potenziare le competenze comunicative e il senso di autoefficacia nel sostenere il percorso di *recovery* dei propri figli. Si ipotizza che i caregiver possano sperimentare un miglioramento del benessere psicologico, una riduzione del carico assistenziale e un aumento dell'efficacia percepita nella gestione dei comportamenti problematici. Inoltre, la partecipazione a spazi di confronto tra pari, moderati e strutturati, può contribuire alla riduzione del senso di isolamento familiare, favorendo lo sviluppo di un senso di appartenenza, normalizzazione delle difficoltà e validazione emotiva dell'esperienza vissuta, elementi considerati centrali per il mantenimento del benessere nel tempo. Un aspetto centrale sarà quello di discutere il ruolo dei processi relazionali e dell'alleanza terapeutica: si ipotizza che una migliore qualità dell'alleanza predica migliori esiti clinici (Hibbs et al., 2015; Treasure & Nazar, 2016). Un punto di forza risiede nel disegno randomizzato controllato multicentrico e nell'integrazione di componenti materiali strutturati e sessioni integrative, in linea con le evidenze relative a interventi scalabili e accessibili nei contesti di salute mentale. L'inclusione sistematica dei carers rappresenta un ulteriore elemento di solidità teorica, coerente con le evidenze che indicano come il potenziamento delle competenze genitoriali e la riduzione dei comportamenti di *accommodation* siano associati a migliori esiti clinici nei DNA (Cardi et al., 2015; Cardi et al., 2017). Tuttavia, lo studio presenta alcuni limiti metodologici rilevanti. La letteratura indica che l'aderenza agli interventi digitali può essere variabile, con tassi di drop-out non trascurabili, soprattutto nei quadri clinici più severi (Baumeister et al., 2014). Per ridurre al minimo questo rischio sono state inserite misure di monitoraggio settimanale. L'utilizzo prevalente di misure self-report può limitare l'oggettività della valutazione degli esiti, e l'eterogeneità del TAU tra i centri partecipanti potrebbe contribuire a una variabilità non controllata nei risultati. Nonostante tali limiti, lo studio potrebbe fornire dati empirici rilevanti sulla fattibilità, l'accettabilità e i potenziali effetti clinici di un programma di auto-aiuto guidato online per il trattamento dei DNA in adolescenza, che coinvolga i carers nel trattamento, contribuendo allo sviluppo di modelli di cura basati sull'evidenza scientifica.

Referenze

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: a systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 539-552. <https://doi.org/10.1002/eat.22135>
- Albano, G., Cardi, V., Kivlighan, D. M., Ambwani, S., Treasure, J., & Lo Coco, G. (2021). The relationship between working alliance with peer mentors and eating psychopathology in a digital 6-week guided self-help intervention for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1519-1526. <https://doi.org/10.1002/eat.23559>
- Albano, G., Hodsoll, J., Kan, C., Lo Coco, G., & Cardi, V. (2019). Task-sharing interventions for patients with anorexia nervosa or their carers: A systematic evaluation of the literature and meta-analysis of

outcomes. *International Review of Psychiatry*, 31(4), 367–381.

<https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1588711>

Albano, G., Lo Coco, G., Teti, A., Semola, M., Valenti, F., Pastizzaro, C. D., ... & Gullo, S. (2023). # How can we help you?: An Instagram-based online self-help for eating disorders. *Sustainability*, 15(3), 2389. <https://doi.org/10.3390/su15032389>

Albano, G., Rowlands, K., Treasure, J., & Cardi, V. (2024). Guided self-help and eating disorders. In *Eating Disorders: An International Comprehensive View* (pp. 1203-1213). Cham: Springer Nature Switzerland.

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>

Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233–237. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)

Barakat, S., Maguire, S., Smith, K. E., Mason, T. B., Crosby, R. D., & Touyz, S. (2019). Evaluating the role of digital intervention design in treatment outcomes and adherence to eTherapy programs for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(10), 1077–1094. <https://doi.org/10.1002/eat.23131>

Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—A systematic review. *Internet interventions*, 1(4), 205-215.

Beintner, I., Jacobi, C., & Schmidt, U. H. (2014). Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder—A systematic review and metaregression analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 158–176. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.003>

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>

Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., Coppini, A., Franchini, C., & Dalle Grave, R. (2017). The Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 509–514. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0276-6>

Cardi, V., Albano, G., Ambwani, S., Cao, L., Crosby, R. D., Macdonald, P., Schmidt, U., & Treasure, J. (2020). A randomised clinical trial to evaluate the acceptability and efficacy of an early phase, online, guided augmentation of outpatient care for adults with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 50(15), 2610–2621. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002824>

Cardi, V., Ambwani, S., Crosby, R., Macdonald, P., Todd, G., Park, J., Moss, S., Schmidt, U., & Treasure, J. (2015). Self-Help And Recovery guide for Eating Disorders (SHARED): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0701-6>

Cardi, V., Ambwani, S., Robinson, E., Albano, G., MacDonald, P., Aya, V., Rowlands, K., Todd, G., Schmidt, U., Landau, S., Arcelus, J., Beecham, J., & Treasure, J. (2017). Transition Care in Anorexia Nervosa Through Guidance Online from Peer and Carer Expertise (TRIANGLE): Study Protocol for a

Randomised Controlled Trial. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 512–523.
<https://doi.org/10.1002/erv.2542>

- Carter, J. C., & Kelly, A. C. (2015). Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: Baseline predictors and relationship to treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 76-90. <https://doi.org/10.1111/bjc.12062>
- Chidiac C. W. (2019). An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Current opinion in pediatrics*, 31(4), 448–453. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000755>
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11. <https://doi.org/10.1002/eat.22042>
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132–135. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.132>
- Dalle Grave R., Calugi S. (2020). *Terapia cognitivo-comportamentale per adolescenti con disturbi alimentari*. Guilford Press.
- Dalle Grave, R. (2022). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione: la guida per i pazienti*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2024). *A Young Person's Guide to Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders*. London: Routledge.
- Dalle Grave, R., & el Khazen, C. (2022). *Terapia cognitivo comportamentale per i disturbi dell'alimentazione negli adolescenti. Una guida per i genitori*. Verona: Positive Press.
- EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L [Internet]. Available from: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
- Fairburn, C. G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Eclipsi.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fasolato, R., Bonora, F., Barbui, C., Boifava, E., Bonetto, C., Castellazzi, M., ... & Mazzi, M. A. (2025). Italian Validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders and Caregiver Skills Scale for Caregivers of Patients With Eating Disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 34(3), e70033. <https://doi.org/10.1002/mpr.70033>
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J. M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID -19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Monteleone, A. M., Di Maso, V., ... & Maj, M. (2015). Development and validation of the family coping questionnaire for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(3), 298-304. <https://doi.org/10.1002/eat.22367>

- Fisher, C. A., Hetrick, S. E., & Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub2>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Taylor, C. B., Graham, A. K., Sadeh-Sharvit, S., Balantekin, K. N., Eichen, D. M., Monterubio, G. E., Goel, N. J., Flatt, R. E., Karam, A. M., Firebaugh, M.-L., Jacobi, C., Jo, B., Trockel, M. T., & Wilfley, D. E. (2020). Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy–Guided Self-Help Intervention for Eating Disorders in College Women: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 3(8), e2015633. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15633>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Grilo, C. M., Henderson, K. E., Bell, R. L., & Crosby, R. D. (2013). Eating Disorder Examination-Questionnaire Factor Structure and Construct Validity in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 23(5), 657–662. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0840-8>
- Haigh, R., & Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(2), 125-141. <https://doi.org/10.1002/erv.487>
- Hanly, F., Torrens-Witherow, B., Warren, N., Castle, D., Phillipou, A., Beveridge, J., Jenkins, Z., Newton, R., & Brennan, L. (2020). Peer mentoring for individuals with an eating disorder: A qualitative evaluation of a pilot program. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00301-8>
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy research*, 16(1), 12-25.
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training. *Family Process*, 38(4), 399–414. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x>
- J. Devoe, D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>

- Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(3), 325-336. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., Firth, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(11), 994–1007. <https://doi.org/10.1037/ccp0000575>
- Linehan, M. M. (2000). Commentary on innovations in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 478-481. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80059-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80059-0)
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Lo Coco, G., Albano, G., Gullo, S., Cardi, V., & Segura-Garcia, C. (2025). The feasibility, acceptability and clinical impact of a guided self-help mobile intervention (INTERconNEcT-EDs) for individuals with eating disorders: Protocol for two multicenter randomized controlled trials. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01320-z>
- Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, 9, 341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00341>
- Loucas, C. E., Fairburn, C. G., Whittington, C., Pennant, M. E., Stockton, S., & Kendall, T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 63, 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.011>
- Marchiol, F., Lionetti, F., Luxardi, G. L., Cavallero, C., Roberts, M., & Penolazzi, B. (2020). Cognitive inflexibility and over-attention to detail: The Italian validation of the DFLEX Questionnaire in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 671–686. <https://doi.org/10.1002/erv.2781>
- Maunder, K., & McNicholas, F. (2021). Exploring carer burden amongst those caring for a child or adolescent with an eating disorder during COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00485-7>
- Maunder, K., & McNicholas, F. (2021). Exploring carer burden amongst those caring for a child or adolescent with an eating disorder during COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00485-7>
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), e002646. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), e002646. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>
- National Guideline Alliance (UK). Eating disorders: recognition and treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017.

- Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2004). Brief Group Therapy. In J. DeLucia-Waack, D. Gerrity, C. Kalodner, & M. Riva, *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy* (pp. 641–650). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452229683.n46>
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400–410. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001>
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Linardon, J., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID -19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166–1170. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. doi:10.1017/S135246580001643X
- Ruggieri, S., Contentezza, R., Casella, M., Cernigliaro, A., Cosentini, I., Drago, G., Coco, G. L., Semola, M., & Gullo, S. (2025). Social and individual factors associated with eating disorders risk among adolescents in secondary schools of Sicily (south-Italy). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13034-025-00940-2>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>
- Schmidt, U., Wade, T.D., & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 28, 48-71. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48>
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobbles, J. A., & Morandé, G. (2012). Factors Associated with Emotional Well-being in Primary and Secondary Caregivers of Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1). <https://doi.org/10.1002/erv.1118>
- Sepulveda, A. R., Whitney, J., Hankins, M., & Treasure, J. (2008). Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-28>
- Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. G. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 138, 103803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhausen, H., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124–138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>

- Tempia Valenta, S., Rapezzi, M., Marcolini, F., Speciani, M., Giordani, G., De Panfilis, C., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2024). Assessing motivation for treatment in eating disorders: Psychometric validation of the Italian version of the Autonomous and Controlled Motivation for Treatment Questionnaire (ACMTQ-ITA). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(1), 23. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01653-9>
- Traviss-Turner, G. D., West, R. M., & Hill, A. J. (2017). Guided self-help for eating disorders: A systematic review and metaregression. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 148-164. <https://doi.org/10.1002/erv.2507>
- Treasure, J., & Nazar, B. P. (2016). Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 16. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0652-3>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Treasure, J., Hübel, C., & Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: Implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, 21(1), 147–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20935>
- Treasure, J., Hübel, C., & Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: Implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, 21(1), 147–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20935>
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2016). *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder* (0 edn). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315735610>
- Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of eating disorders*, 9(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>
- Weissman, R. S., Bauer, S., & Thomas, J. J. (2020). Access to EVIDENCE-BASED care for eating disorders during the COVID -19 crisis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 639–646. <https://doi.org/10.1002/eat.23279>
- Wilfley DE, Stein R, Welch R. Interpersonal psychotherapy. In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, editors. *Handbook of eating disorders*. 2nd ed. Chichester: John Wiley; 2003. pp. 253–70
- Winkler, L. A.-D., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N., & Støving, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 219(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.002e>
- Wisniewski L, Kelly E. The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cogn Behav Pract*. 2003;10(2):131–8. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80021-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80021-4).
- Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 131-138. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80021-4](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80021-4)