

ATTEGGIAMENTI E OPINIONI NEI CONFRONTI DELL'OBESITÀ
E DELLE PERSONE OBESE NEGLI PSICOTERAPEUTI
IN FORMAZIONE COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Daniele Di Pauli, Silvia Facci, Valentina Brentari, Giulia Cazzolli, Maddalena Ciagli, Roberto Dal Prà, Elisa Danese, Francesco De Rossi, Irene Fiorini, Simona Goberti, Loretta Lessio, Laura Martini, Elisa Moratti, Donata Paternicò, Matteo Peli, Sara Poli, Grazia Romanazzi, Ilaria Scazza, Giulia Signaroldi, Vanna Trentin, Chiara Turazza, Valentina Turra, Rosanna Zanottio

APC/SPC Verona

Corrispondenza

danieledipauli@hotmail.com

silviafacci@libero.it

Riassunto

Lo stigma sul peso è pervasivo e socialmente accettato.

I professionisti della salute risultano tra le principali fonti di stigma e questo può portare la persona con obesità a non cercare cure mediche, con il rischio di peggiorare la propria condizione.

A questo proposito, lo studio ha indagato gli atteggiamenti e le opinioni nei confronti dell'obesità e delle persone obese in un campione di psicologi frequentanti una scuola di specializzazione a indirizzo Cognitivo Comportamentale.

Dai risultati è emerso che il lavorare nel campo dei disturbi del comportamento alimentare o avere familiari con obesità non protegge da atteggiamenti negativi.

Nonostante i limiti presenti nello studio, i risultati evidenziano l'importanza di inserire il tema dello stigma basato sul peso nella formazione delle diverse figure professionali che potrebbero lavorare con il paziente obeso.

Parole chiave: stigma sul peso, obesità, psicoterapeuti cognitivo comportamentali, atteggiamenti

ATTITUDES AND OPINIONS TOWARDS OBESITY AND OBESE PEOPLE IN
PSYCHOTHERAPISTS THAT ARE ATTENDING A COGNITIVE BEHAVIORAL TRAINING

Abstract

Obesity stigma is common and widely accepted.

Health professionals are among the main sources of stigma and this can lead the person with obesity not to seek medical care at the risk of worsening their condition.

Regarding to this study investigated the attitudes and opinions towards obesity and obese people in a

sample of psychologists attending a Cognitive Behavioral Therapy school.

The results showed that working in the field of eating disorders or having relatives with obesity does not protect against negative attitudes.

Despite the limitations in the present study, the results highlight the importance of including the issue of weight stigma in the formation of the professionals who could work with the obese patients.

Key words: weight bias, obesity, cognitive behavioral psychotherapists, attitudes

L'obesità è una condizione altamente stigmatizzata e, nonostante la ricerca abbia dimostrato la sua natura multifattoriale (interazione tra fattori genetici, ambientali, biologici, psicologici e culturali), è vista più come una scelta, e quindi una responsabilità personale, che come una malattia cronica (Sharma 2009).

Tale visione ha portato a pregiudizi che descrivono le persone con obesità come pigre, senza forza di volontà, con scarsa igiene personale, goffe, golose ecc. (Puhl et al. 2001).

Questi atteggiamenti negativi sono diffusi, presenti negli adulti e nei bambini già a tre anni (Cramer e Steinwert 1998) e in aumento (Puhl et al. 2008), tanto che lo stigma verso le persone con sovrappeso od obesità è definito come una delle ultime forme di discriminazione socialmente accettate (Vartanian e Smyth 2013).

Il pregiudizio basato sul peso può essere espresso in forma verbale (es. prese in giro), relazionale (es. esclusioni), fisica (es. bullismo) fino a penalizzare l'individuo in aree della vita importanti come lavoro (es. stipendi più bassi, mancate assunzioni), tempo libero (es. posti a sedere stretti), istruzione (es. valutazioni più scarse) e cure sanitarie (es. meno tempo dedicato al paziente da parte del curante) (Puhl e Heuer 2009).

Rispetto all'ambiente sanitario, i professionisti della salute sono indicati tra le principali fonti di stigma (Puhl e Brownell 2006): la ricerca ha identificato, infatti, atteggiamenti negativi in medici, infermiere, dietiste, studenti di medicina e negli stessi professionisti che lavorano nel campo dell'obesità (Puhl e Heuer 2009) e dei disturbi del comportamento alimentare (Puhl et al. 2014).

Questo può creare un serio ostacolo per la presa in carico e il trattamento della persona affetta da obesità, la quale, percependo un ambiente colpevolizzante e giudicante, potrebbe evitare le cure o ritardare e/o cancellare importanti visite di prevenzione, con il risultato di mantenere o peggiorare la propria condizione (Brownell et al. 2005).

Sebbene vi siano pochi studi in questo ambito, atteggiamenti negativi sono stati rilevati anche nei professionisti della salute mentale, che tendono ad attribuire ai pazienti con obesità sintomi più severi o caratteristiche personali più negative rispetto ai pazienti normopeso (Hassel et al. 2001; Young e Powell 1985; Agell e Rothblum 1991; Davis-Coelho et al. 2000).

La maggior parte di questi lavori ha utilizzato disegni sperimentali in cui il professionista della salute mentale forniva le proprie impressioni cliniche dopo avere letto la presentazione di un caso che includeva una descrizione o una rappresentazione visiva dello stato del peso di un paziente fittizio.

Poiché lo stigma può aumentare la vulnerabilità a depressione, ansia, immagine corporea negativa e bassa autostima, è importante studiare gli atteggiamenti verso l'obesità negli psicologi e negli psicoterapeuti.

Il presente lavoro, per nostra conoscenza, risulta il primo tentativo di studiare lo stigma ponderale negli psicoterapeuti in formazione. Vi è uno studio italiano, uscito dopo la nostra raccolta dati, che ha indagato gli atteggiamenti in studenti universitari di psicologia, evidenziando

atteggiamenti positivi in questo gruppo (Caroli e Sagone 2013).

La raccolta e l'analisi dei dati sono state fatte nel corso di un *project* di ricerca condotto dal dr. Daniele Di Pauli negli anni 2011 e 2012 presso la sede APC di Verona.

Obiettivi

I macro – obiettivi della ricerca sono due: da un lato, si intende far emergere se e come il pregiudizio nei confronti dell'obesità e delle persone obese si modifichi a seconda delle principali variabili socio – demografiche ovvero sesso, età, titolo di studio, indice di massa corporea (in seguito IMC¹), lavoro nel campo dei disturbi del comportamento alimentare (in seguito DCA) o dell'obesità, contatto con familiari/partner con una di queste patologie, personale esperienza di una di queste patologie, esperienza di dieta; d'altra parte, interessa capire se l'essere uno psicoterapeuta cognitivo – comportamentale in formazione porti ad atteggiamenti più positivi verso le persone obese e l'obesità, rispetto a un campione di popolazione generale.

Nello specifico, rispetto alle variabili socio – demografiche si vogliono osservare gli atteggiamenti nei soggetti che sono a contatto con persone obese (per lavoro o perché familiari).

Inoltre, ci si attende che l'avere un'immagine corporea negativa possa influenzare negativamente anche gli atteggiamenti e le opinioni rispetto alle persone con obesità.

Infine, interessa capire se chi è o è stato personalmente in una condizione di sovrappeso od obesità abbia esso stesso un atteggiamento negativo nei confronti della patologia, come riportato in letteratura.

Materiali e metodi

Campione

Il campione totale degli intervistati conta 287 soggetti, appartenenti per il 64,1% alla popolazione generale e per il 35,9% a studenti APC e SPC di Verona.

L'età media è di 35,5 anni (d.s. 12,5): 38,3 (d.s. 14,7) per la popolazione generale, e 30,6 (d.s. 3,7) per gli studenti.

Le donne risultano globalmente più numerose (71,4%), tuttavia la presenza femminile si rileva quasi esclusiva tra gli studenti (93,2%), mentre è meglio bilanciata nella popolazione generale (59,2%).

Strumenti

Ai fini dell'indagine, è stata costruita una batteria formata da tre test, già usati in letteratura per misurare la soddisfazione corporea, gli atteggiamenti e le credenze rispetto alle persone obese e alle cause dell'obesità, con l'aggiunta di una scheda per la raccolta dei dati anamnestici. Di seguito una breve descrizione:

- Scheda anamnestica: oltre a sesso, età, titolo di studio e professione, la scheda chiede al soggetto di indicare peso e altezza (funzionali al calcolo dell'IMC), se ha lavorato/sta lavorando nel campo dei DCA o dell'obesità, se ha avuto/ha familiari/partner con una di queste patologie, se

¹ L'indice di Massa Corporea è definito come il peso espresso in kg diviso per l'altezza espressa in m². Si identificano le seguenti categorie: Sottopeso: < 18,5; Normopeso: 18,5 – 24,9; Sovrappeso: 25 – 29,9; Obesità: ≥ 30

- ha personalmente sofferto/sta soffrendo di queste, se ha mai seguito una dieta;
- Body Image Assessment for Obesity (BIA-O – Williamson et al. 2000): il test propone 18 figure stilizzate (maschili per i maschi, femminili per le femmine) e chiede al soggetto di identificare 1) la figura a cui più sente di somigliare e 2) la figura a cui vorrebbe somigliare. La misura che ne deriva indica lo scarto tra la percezione del proprio corpo e l'immagine ideale a cui il soggetto aspirerebbe per le proprie forme. Il test non stabilisce un cut off critico, ma osserva l'ampliarsi dell'indice così rilevato, come indicatore di soddisfazione/insoddisfazione per il proprio aspetto fisico;
 - Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP – Allison 1991): la scala propone 20 item rispetto ai quali il soggetto è invitato ad esprimere il proprio grado di accordo/disaccordo su una scala Likert che va da -3 (*"per niente d'accordo"*) a +3 (*"assolutamente d'accordo"*). Gli item indagano gli atteggiamenti del soggetto rispetto alla persona con obesità, riferendosi ad eventuali differenze nella personalità (es: *"Le persone obese sono più emotive di quelle normopeso"*); *"La maggior parte delle persone obese è più timida rispetto alle persone normopeso"*); a difficoltà incontrate sul piano sociale (es: *"La maggior parte delle persone normopeso non sposerebbe mai una persona obesa"*); *"La maggior parte delle persone obese prova risentimento verso i normopeso"*); all'autostima (es: *"La maggior parte delle persone obese non è scontenta di se stessa"*); *"Le persone obese hanno fiducia in se stesse come quelle normopeso"*). L'affidabilità dell'ATOP, calcolata attraverso l'Alpha di Cronbach è di .718. Ciascuno dei 20 item concorre in maniera simile a determinarne il punteggio, pertanto si è deciso di considerare sufficientemente valida la scala;
 - Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP – Allison et al. 1991). La scala propone 8 item strutturati come l'ATOP (scala Likert da - 3 a +3) che indagano le credenze personali sulle cause dell'obesità in generale (es: *"In molti casi l'obesità è il risultato di un disturbo biologico"*); *"I problemi della maggior parte delle persone obese dipendono dalla scarsa attività fisica"*). Punteggi più alti indicano la credenza che l'obesità non sia sotto il controllo dell'individuo. Questo test, così come l'ATOP, non prevede un *cut off*, ma osserva l'aumento della criticità e della negatività degli atteggiamenti e delle opinioni dei soggetti, nei confronti delle persone obese, permettendo di fare un confronto tra campioni specifici di popolazione. L'affidabilità iniziale del BAOP, calcolata attraverso gli 8 item del test, risultava decisamente bassa (Alpha di Cronbach: .621). Analizzando il contributo di ciascun item, è emerso che l'item 7 abbassava più degli altri l'affidabilità. A posteriori, in effetti, l'item ci è apparso non ben formulato e, di conseguenza, fraintendibile: traducendo l'inglese *"Obesity is rarely caused by a lack of willpower"* agli intervistati si chiedeva di esprimere accordo/disaccordo rispetto all'espressione *"L'obesità raramente è causata da mancanza di forza di volontà"*. L'avverbio *"raramente"* accompagnato dal sostantivo *"mancanza"* crea una sorta di doppia negazione che potrebbe aver reso tale formulazione poco chiara, se non addirittura equivocabile. Per questi motivi, si è scelto di escludere l'item 7 dalle analisi, ricalcolando il punteggio per questa scala sui 7 item restanti (item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8): questo ha permesso di avere un test maggiormente affidabile (Alpha di Cronbach: .678).

Procedure

I questionari sono stati somministrati nell'ottobre 2011 a tutti gli studenti appartenenti alle quattro annualità della Scuola di Verona, fatta eccezione per coloro che partecipavano al project e, dunque, alla ricerca. Ciascuno dei partecipanti al project, al contempo, ha somministrato la

batteria a dieci persone al di fuori della Scuola, con l'unica attenzione che fossero a) maggiorenni e b) non appartenenti a professioni/corsi di studio di ambito sanitario (es. medici, psicologi, infermieri, dietisti / studenti di medicina, psicologia, scienze dell'alimentazione).

Analisi statistiche

Le analisi sono state compiute con il pacchetto software SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences).

Analisi descrittive e analisi della varianza sono state impiegate per avere una prima descrizione del campione totale e per osservare se tra studenti e popolazione generale emergessero differenze interessanti o significative rispetto alle principali variabili socio – demografiche indagate (età, sesso, IMC, soffrire/aver sofferto di DCA o di obesità, avere/aver avuto familiari con una di queste patologie, lavorare/aver lavorato in questo campo, soddisfazione corporea).

Successivamente, due modelli di regressione lineare hanno permesso di indagare le influenze di specifici predittori (sesso, età, lavoro nel campo dei DCA o dell'obesità, IMC, avere familiari con DCA, avere familiari con obesità, soffrire di DCA, soffrire di obesità, essere un terapeuta in formazione, insoddisfazione corporea) sui livelli di *bias* misurati dai due test ATOP e BAOP.

Risultati

Tabella 1. *Descrizione del campione*

	Campione totale	Popolazione generale	Psicoterapeuti in formazione
IMC	Sottopeso	8.8%	5.9%
	Normopeso	70.2%	66.3%
	Sovrappeso	18.6%	24.5%
	Obesità	2.5%	3.3%
Familiari con DCA	DCA	11.9%	9.8%
	Obesità	12.2%	10.9%
Sofferto di DCA	DCA	4.9%	4.4%
	Obesità	3.5%	3.8%
BIA-O	< 0	8.3%	9.2%
	0	29.6%	28.3%
	>0	62.1%	62.5%

Dall'analisi correlazionale, emerge innanzitutto che i due test ATOP e BAOP sono legati tra loro: in particolare, quanto più un soggetto riferisce atteggiamenti positivi nei confronti della persona obesa, tanto più sembra incline a pensare che la patologia non sia di esclusiva responsabilità del soggetto. Il dato è concorde con quanto emerso in precedenti studi (Allison et al. 1991).

Ciò nonostante, se si analizza l'influenza di specifici predittori sulle due variabili in esame

(ATOP e BAOP) si evidenziano alcune interessanti differenze.

Dal primo modello di regressione lineare (**tabella 2**) emerge che, mentre l'essere psicoterapeuti in formazione potrebbe predire un atteggiamento più positivo e meno stigmatizzante nei confronti della persona con obesità ($p = .05$), l'insoddisfazione verso il proprio corpo sembra al contrario alimentare gli atteggiamenti negativi ($p = .01$).

Il secondo modello di regressione lineare (**tabella 3**) analizza invece la percezione di "controllabilità" sulla patologia da parte dell'individuo, ovvero quanto il soggetto è convinto che l'obesità non sia di esclusivo dominio della "forza di volontà" della persona che ne è affetta, ma possa comprendere diversi fattori ambientali, psicologici, biologici. I predittori associati positivamente a questa visione più globale e articolata dell'obesità sono l'aver/aver avuto familiari con un disturbo del comportamento alimentare ($p = .01$) e il non aver lavorato nel campo dei DCA o dell'obesità ($p = .02$).

Tabella 2. Modello di regressione lineare con variabile dipendente ATOP

Modello	Beta	Sig.
(Costante)		.000
Sesso	.020	.782
Età	-.052	.427
Lavoro in DCA/obesità	.014	.828
IMC	.062	.446
Familiari con DCA	.007	.910
Familiari con obesità	.068	.286
Sofferto di DCA	-.089	.145
Sofferto di obesità	-.018	.791
<u>Campione</u>	<u>.140</u>	<u>.051</u>
<u>CSB-IBS</u>	<u>-.172</u>	<u>.015</u>

Variabile dipendente: ATOP

Tabella 3. Modello di regressione lineare con variabile dipendente BAOP

Modello	Beta	Sig.
(Costante)		.011
Sesso	.024	.731
Età	-.053	.406
<u>Lavoro in DCA/obesità</u>	<u>.143</u>	<u>.025</u>
IMC	-.016	.843
<u>Familiari con DCA</u>	<u>.156</u>	<u>.010</u>
Familiari con obesità	-.078	.213
Sofferto di DCA	-.060	.313
Sofferto di obesità	.086	.202
Campione	-.022	.751
CSB-IBS	-.037	.594

Variabile dipendente: BAOP

Discussione

I risultati mostrano che l'essere a contatto, per lavoro o per familiarità, con l'obesità non è una condizione protettiva rispetto agli atteggiamenti negativi basati sul peso, confermando l'ipotesi dello studio e della letteratura che pone i familiari, seguiti dai medici, tra le principali fonti di stigma.

Dai risultati emerge che gli atteggiamenti degli specialisti nel campo dell'obesità e dei DCA e dei familiari non si discostano da quelli della popolazione generale.

Questi risultati confermano i dati presenti in letteratura, secondo cui i professionisti della salute non sono immuni da atteggiamenti negativi nei confronti delle persone obese (Puhl et al. 2009).

Chi ha avuto parenti con DCA (ma non con obesità) riporta, invece, punteggi più alti nel test BAOP che indicano la credenza che l'obesità non sia sotto il controllo della persona, esprimendo così un atteggiamento più positivo.

Si può ipotizzare che ai familiari di persone con DCA venga spiegata con maggior cura e attenzione la natura multifattoriale della patologia alimentare di quanto non accada ai familiari di pazienti affetti da obesità e che questo renda i primi più consapevoli e in grado di generalizzare questa complessità anche alle cause dell'obesità e/o possa stimolare in loro una complessiva maggior empatia con la sofferenza.

Inoltre, la ricerca ha evidenziato come anche gli stessi familiari di persone affette da obesità si sentano giudicati negativamente perché ritenuti responsabili della condizione dei propri cari (Turner 2012).

Il questionario, tuttavia, non specifica se i familiari affetti da DCA e/o obesità avessero seguito o stessero seguendo un percorso di supporto alla condizione del proprio caro.

Infine, interessava indagare l'atteggiamento dei futuri psicoterapeuti cognitivo – comportamentali. Sembra che questi mantengano un miglior atteggiamento nei confronti delle persone con obesità, tuttavia, rispetto alla popolazione generale, non si discostano per quanto riguarda le opinioni relative alla "controllabilità" individuale della patologia.

Potremmo ipotizzare, a questo riguardo, che le risposte all'ATOP siano più influenzate dalla desiderabilità sociale e dunque più "controllabili", soprattutto da chi, come gli psicologi, ha una certa familiarità e conoscenza dei test, rispetto agli item del BAOP.

Il dato più interessante è che chi lavora o ha lavorato nel campo dei DCA o dell'obesità mostra di avere una visione meno articolata rispetto alla responsabilità, alla genesi e al mantenimento della patologia, ponendo più degli altri l'accento sulla responsabilità individuale. Questo potrebbe essere dovuto alla frustrazione che il clinico può provare verso una condizione che presenta un alto tasso di ricadute e che spesso vede il peso perduto recuperato entro i cinque anni.

Atteggiamenti negativi in professionisti della salute mentale che lavorano nei DCA sono stati rilevati anche in un lavoro pubblicato nel 2014 (Puhl et al. 2014), mentre Schwarz e colleghi (2003) avevano trovato atteggiamenti negativi in medici specializzati nel trattamento dell'obesità. In entrambi gli studi una variabile correlata ad atteggiamenti più negativi era la giovane età e questo potrebbe valere anche per i soggetti del nostro campione.

Questo lavoro rappresenta un primo passo, in ambito italiano, verso l'analisi dello stigma sociale nei confronti dell'obesità e delle persone obese; d'altro canto, non è privo di limiti.

Il limite maggiore è che le scale utilizzate (ATOP e BAOP) sono ora in corso di validazione e la traduzione, che in questo lavoro è stata fatta dai partecipanti al *project* ed è priva di *back translation*, è risultata in alcuni punti poco chiara o di non immediata comprensione. Pertanto,

sarebbe opportuno ripetere lo studio una volta validate le scale.

Ad analisi terminate, inoltre, il dato sui familiari di persone con DCA rivela per loro atteggiamenti più positivi riguardo alla controllabilità del peso, rispetto a quanto presente nei familiari di persone con obesità, facendo intuire come il contatto con pazienti con DCA e con obesità siano due esperienze non accomunabili.

Al di là dei limiti, gli autori si augurano che questo studio pilota possa considerarsi un inizio per lo sviluppo di future ricerche che indaghino il fenomeno dello stigma verso l'obesità e le persone che ne sono affette nel nostro Paese.

Conoscere la natura di questa tipologia di stigma, come si manifesta e gli effetti negativi che può avere nella pratica clinica e il benessere del paziente è fondamentale per ogni professionista che voglia lavorare nel campo dell'obesità.

Infine, il rischio di avere un atteggiamento stigmatizzante (il più delle volte non intenzionale e inconsapevole) che potrebbe demotivare il paziente a ricercare un aiuto medico, mette in luce l'importanza di una formazione specifica rivolta a coloro che lavorano con questa patologia, che abbia per tema lo stigma e le sue possibili implicazioni nella relazione e nella cura della persona con obesità.

Abbiamo scelto di concludere con le parole di Albert Stunkard (Stunkard e Wadden 1993), scomparso nei giorni in cui è stato scritto questo articolo, che ci sembrano ben sintetizzare il principale messaggio di questo lavoro: *“Noi medici abbiamo un’opportunità d’oro. Abbiamo raramente l’opportunità di curare le malattie croniche. Abbiamo però l’opportunità di trattare il paziente con rispetto. Una tale esperienza potrebbe essere il più grande dono che un professionista della salute può dare al paziente obeso”* (pp. 355-356).

Ringraziamenti

Daniele Di Pauli ringrazia personalmente e di cuore tutti gli allievi del *project* che hanno contribuito come autori alla realizzazione di questo lavoro.

Il vostro impegno e interesse sono stati i risultati più belli.

Bibliografia

- Agell G, Rothblum ED (1991). Effect of Clients Obesity and Gender on the Therapy Judgments of Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* 22, 3, 223-229.
- Allison DB, Basile VC, Yunker HE (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders* 10, 599-607.
- Brownell KD, Puhl RM, Schwartz MB, Rudd L (2005). *Weight Bias: Nature, Consequences and Remedies*. The Guilford Press, New York.
- Cramer P, Steinwert T (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology* 19, 429-451.
- Davis-Coelho K, Waltz J, Davis-Coelho B (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice* 31, 6, 682-684.
- De Caroli ME, Sagone E (2013). Anti-fat prejudice and stereotypes in psychology university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 84, 9, 1184-1189.
- Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, Badiali M, Basso N, Bollea MR, Bosello O, Brunani A, Busetto L, Cairella G, Cannella C, Capodaglio P, Carbonelli MG, Castellaneta E, Castra R, Clini E, Contaldo F, Dalla Ragione L, Dalle Grave R, D’Andrea F, Del Balzo V, De Cristofaro P, Di Flaviano E, Fassino S, Ferro AM, Forestieri P, Franzoni E, Gentile MG, Giustini A, Jacoangeli F, Lubrano C, Lucchin L, Manara F, Marangi G, Marcelli M, Marchesini G, Marri G, Marrocco W, Melchionda N, Mezzani B, Migliaccio P,

Atteggiamenti e opinioni nei confronti dell'obesità e delle persone obese

- Muratori F, Nizzoli U, Ostuzzi R, Panzolato G, Pasanisi F, Persichetti P, Petroni ML, Pontieri V, Prosperi E, Renna C, Rovera G, Santini F, Saraceni V, Savina C, Scuderi N, Silecchia G, Strollo F, Todisco P, Tubili C, Ugolini G, Zamboni M (2010). Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. *Eating and Weight Disorder* 15, 1-31.
- Hassel TD, Amici CJ, Thurston NS, Gorsuch RL (2001). Client weight as a barrier to non-biased clinical judgment. *Journal of Psychology and Christianity* 20, 145-161.
- Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD (2008). Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity* 32, 992-1000.
- Puhl RM, Brownell KD (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research* 9, 788-905.
- Puhl RM, Brownell KD (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 14, 1802-1815.
- Puhl RM, Heuer AC (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity* 17, 5, 941-964.
- Puhl RM, Latner J, King K, Luedicke J (2014). Weight bias among professionals treating eating disorders: Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *International Journal of Eating Disorders* 47, 1, 65-75.
- Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD (2014). The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. *Psychosomatic medicine* 76, 2, 156-162.
- Schwartz MB, Chambliss H, Brownell KD, Blair SN, Billington C (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research* 11, 1033-1039.
- Sharma AM (2009). Obesity is not a choice. *Obesity Reviews* 10, 4, 371-372.
- Stunkard A, Wadden TA (1993). *Obesity: Theory and Therapy*. Raven Press, New York.
- Turner KM, Salisbury C, Shield JP (2012). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Family Practice* 29, 4, 476-81.
- Vartanian LR, Smyth JM (2013). Primum non nocere: obesity stigma and public health. *Journal of bioethical inquiry* 10, 1, 49-57.
- Williamson DA, Womble LG, Zucker NL, Reas DL, White MA, Blouin DC, Greenway F (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. *International Journal of Obesity* 24, 10, 1326-32.