



Università degli Studi di Milano-Bicocca

Dipartimento di Psicologia

SCUOLA DI DOTTORATO IN PSICOLOGIA SOCIALE, COGNITIVA E CLINICA

## **BINGE-EATING DISORDER**

**Dalla Diagnosi Nosografico-Descrittiva**

**al Funzionamento di Personalità**

Dottoranda

**EMANUELA BRUSADELLI**

Tutor: Prof.sa Margherita Lang

Correlatore di tesi: Prof. Franco Del Corno

XXVI ciclo - anni accademici 2011-2014

a me

al mio futuro

e a mamma e papà, che hanno reso tutto possibile dal principio

“Quando la tempesta sarà finita, probabilmente non saprai neanche tu come hai fatto ad attraversarla e a uscirne vivo. Anzi, non sarai neanche sicuro se sia finita per davvero. Ma su un punto non c’è dubbio. Ed è che tu, uscito da quel vento, non sarai lo stesso che vi è entrato.”

— Haruki Murakami

## ABSTRACT

Il Disturbo da Binge-Eating è stato inserito nell'ultima edizione del Manuale Statistico e Diagnostico per i Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) fra i *Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione*, riconoscendola come diagnosi indipendente con un'importante utilità clinica, dotata di caratteristiche specifiche e di un considerevole valore prognostico.

Negli ultimi decenni si è assistito a un crescente interesse scientifico nei confronti di tale disturbo. Le ricerche pubblicate si sono concentrate su specifiche aree di indagine quali lo studio delle caratteristiche dell'abbuffata e l'esplorazione dei diversi metodi di rilevazione del comportamento binge-eating; la valutazione di una comorbidità psichiatrica con quadri clinici, come ansia, depressione, disturbo da uso di sostanze, ADHD, e disturbi di personalità; l'indagine su possibili fattori di rischio, tra cui la presenza di life events stressanti, fattori genetici, pattern disfunzionali di attaccamento; l'impatto del disturbo sulla vita dei soggetti che ne sono affetti, in termini di bassa qualità della vita, legata alla presenza di complicanze mediche e a una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di queste; il ridotto benessere psicologico, in termini di difficoltà in ambito psicosociale, problemi connessi con la propria immagine corporea e bassa autostima; infine studi relativi alla valutazione dell'efficacia di trattamenti medico-chirurgici, farmacologici, e psicologici (Kraff, Bulik, Marcus, Striegel, Wilfley, Wonderlich, Hudson, 2013).

Ridotti, invece, sono ad oggi gli studi volti a valutare il funzionamento di personalità dei soggetti binge-eaters. In questo ambito, le ricerche riguardano, in particolare, la concezione del comportamento alimentare disfunzionale come risposta a stimoli di natura emotiva, nell'ottica del cosiddetto "*emotional eating*", ma con uno scarso approfondimento delle dinamiche sottostanti (Masheb, Grilo, 2006)

Scopo del presente lavoro è esplorare quest'area di indagine della letteratura, al fine di comprendere i meccanismi psicologici sottesi al comportamento binge-eating e ipotizzare, così, possibili correlati eziopatogenetici.

Tale obiettivo è stato perseguito, in primo luogo, attraverso il ricorso a uno strumento self-report di valutazione della personalità, il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Millon, 1997), che ha messo in luce un profilo specifico del funzionamento di personalità dei pazienti binge-eaters.

Successivamente, si è approfondito lo studio del funzionamento mentale attraverso l'utilizzo di uno strumento performance-based quale il test di Rorschach, secondo il Sistema Comprensivo di Exner (2003), per approfondire le difficoltà emotive connesse al comportamento alimentare dell'abbuffata e i sentimenti connessi al sè.

I dati provenienti dai due strumenti sono stati integrati fra loro al fine di ottenere un quadro diagnostico quanto più esaustivo del funzionamento di personalità dei soggetti affetti da Disturbo da binge-eating,

mettendo in luce la presenza di vissuti emotivi disturbanti non tollerati che contribuiscono a incrementare una visione frammentata di Sé. Tali aspetti sembrano influenzare la capacità dei pazienti di interpretare in maniera adeguata il mondo esterno (e interno).

In conclusione, verranno discusse le implicazioni cliniche dei risultati emersi, i limiti delle ricerche condotte e le direzioni future degli studi sul Binge-eating Disorder.

## ABSTRACT

### **Binge-Eating Disorder: from diagnostic DSM-criteria to psychological functioning**

Binge-Eating Disorder was recognized as an independent disorder in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013), in the category *Feeding and Eating Disorders*. It has specific characteristics and a high clinical utility in terms of indications for treatment.

In recent decades, there has been a growing scientific interest for the features of this disorder. Published research has focused on specific areas of investigation such as studies on binge episode's characteristics and the exploration of various detection methods; the inquiry of the presence of psychiatric comorbidities with clinical disorders, such as anxiety, depression, substance-use disorder, ADHD, and personality disorders; the investigation of possible risk factors, including the presence of stressful life events, genetic factors, dysfunctional patterns of attachment; the impact of the disorder on the lives of individuals binge-eaters, in terms of low quality of life because of the physical impairment and greater vulnerability to the development of medical conditions; the reduced psychological well-being in terms of impairment in psychosocial functioning problems, problems with body image or low self-esteem; the efficacy of medical and surgical, pharmacological, and psychological treatments (Kraff, Bulik, Marcus, Striegel, Wilfley, Wonderlich, Hudson, 2013).

On the contrary, studies to assess personality's functioning of individuals binge-eaters are less than those cited above. In this context, the research concerns the recognition of dysfunctional eating behavior as response to emotional stimuli - the so-called "*emotional eating*" - but with little depth of the underlying psychological dynamics (Masheb, Grilo, 2006).

The present study intended to explore this missing area of investigation of literature in order to understand the psychological mechanisms underlying the binge-eating behavior and the possible etiopathogenetic correlates.

This goal has been pursued, first, with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Millon, 1997), a self-report instrument for the assessment of personality. It highlighted a specific profile of personality's functioning of binge-eaters patients.

Afterwards, it has deepened the study of psychological functioning of binge-eating patients with The Rorschach Test, a performance-based instrument - Exner Comprehensive System (2003) - to investigate emotional difficulties related to dysfunctional feeding behavior and feelings related to themselves.

Data from the two instruments were integrated with each other in order to obtain a diagnostic frame of the personality functioning of patient affected by binge-eating disorder, highlighting the presence of emotional states not tolerated that increase a fragmented view of self. These issues seem to affect the patients' ability to adequately interpret the external (and internal) world.

In addition, clinical implications of the findings, limitations of research and future directions of the studies on the Binge-eating disorder are discussed.

**Key words:** Binge-eating disorder - Personality functioning – Obesity – Assessment - Rorschach Test – MCMII

# Indice

## PARTE I – Revisione della letteratura

<b>Capitolo 1 - Disturbo da Binge-eating come diagnosi nosografico-descrittiva .....</b>	<b>9</b>
1.1 L'evoluzione della categoria diagnostica .....	9
1.2 Le abbuffate.....	14
1.2.1. Caratteristiche principali .....	14
1.2.2. Operazionalizzare i criteri del disturbo .....	16
1.2.3. - Diagnosi differenziale.....	19
1.3. Prevalenza.....	22
1.4. Fattori di rischio e familiarità .....	24
1.5. Comorbilità medica.....	26
1.6. Comorbilità psichiatrica .....	26
<b>Capitolo 2 - Alcuni problemi diagnostici: dalla struttura al funzionamento.....</b>	<b>29</b>
2.1. Diagnosi psicologica.....	29
2.2. Al di là dei modelli: i costrutti in gioco .....	32
<b>Capitolo 3 - Quali strumenti per quali costrutti.....</b>	<b>40</b>
3.1. La definizione dell'oggetto da misurare e lo strumento .....	41
3.2. Il multimethod assessment .....	42
3.3. Quali strumenti per quali costrutti.....	43
3.3.1 <i>Strumenti proiettivi o misure implicite?</i> .....	45
3.3.2 <i>Self-attribution e stimulus-attribution</i> .....	46
3.4. Vantaggi e limiti degli strumenti abitualmente impiegati nelle ricerche sul Binge eating .....	47
3.5 Il contributo degli inventari di personalità e dei performance-based per il Disturbo da Binge-Eating: introduzione alla ricerca.....	51

## PARTE II - La Ricerca

<b>Capitolo 4 - Studio sulla rilevazione del Disturbo da Binge-eating in due campioni nazionali di pazienti obesi.....</b>	<b>57</b>
Metodologia .....	57
Materiale e Metodi .....	58
Risultati.....	61
Discussione e Conclusione .....	67

<b>Capitolo 5 - Studio di confronto fra soggetti con e senza Disturbo da Binge-eating nei due campioni di pazienti obesi presi in esami .....</b>	<b>69</b>
Metodologia .....	70
Materiali e metodi.....	70
Analisi Statistiche .....	71
Risultati.....	72
Discussione e Conclusioni.....	88
<b>Capitolo 6 - Esplorare le caratteristiche di personalità dei soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating attraverso il Test di Rorschach .....</b>	<b>89</b>
Metodologia .....	90
Materiale e metodi.....	91
Analisi statistiche.....	91
Risultati.....	92
Discussioni e Conclusione.....	96
<b>Capitolo 7 - Indagine sulla discrepanza fra diagnosi nosografico-descrittiva e diagnosi testologica: ipotesi esplicative.....</b>	<b>98</b>
Metodologia .....	99
Materiale e metodi.....	99
Analisi statistiche.....	101
Risultati.....	102
Discussioni e Conclusione.....	134
<b>Capitolo 8 - Indagine sul funzionamento di personalità dei pazienti obesi che hanno una diagnosi DSM di Disturbo da Binge-eating ma un punteggio al questionario sintomatologico inferiore al cut-off clinico .....</b>	<b>137</b>
Metodologia .....	137
Materiale e metodi.....	138
Analisi statistiche.....	138
Risultati.....	139
Discussioni e Conclusione.....	151
<b>Capitolo 9 - Conclusioni Limiti e Direzioni Future delle ricerche svolte.....</b>	<b>153</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>157</b>

## Capitolo 1

### Disturbo da Binge-eating come diagnosi nosografico-descrittiva

Il Disturbo da Binge-eating (BED) è caratterizzato da ricorrenti abbuffate senza comportamenti compensativi (eliminativi o non) per supplire alla quantità di calorie ingerite. Esso è anche associato a una perdita di controllo e a marcati vissuti negativi connessi a tale comportamento alimentare disfunzionale (Myers et al., 2014).

Il disturbo da Binge-eating (BED) appare per la prima volta come diagnosi indipendente nel Manuale Statistico e Diagnostico per i Disturbi Mentali- 5° edizione (DSM-5; APA, 2013), all'interno della Categoria Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, insieme a disturbi quali Pica, Disturbo da ruminazione, Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione e senza specificazione. Ciò è l'esito di un'ingente mole di studi pubblicati a sostegno del riconoscimento di tale disturbo: l'inclusione nel DSM-5 ne sancisce la specificità, l'utilità clinica e, di conseguenza, l'alto valore prognostico.

#### 1.1 L'evoluzione della categoria diagnostica

Il *Binge-eating* è stato individuato per la prima volta in un gruppo di soggetti obesi da Stunkard alla fine degli anni '50 (Stunkard, 1959). Nei primi esperimenti svolti su animali, l'autore aveva indotto nei topi una condizione di obesità, a seguito della quale aveva individuato diverse modalità di assunzione del cibo da parte dei roditori. Tali studi hanno orientato le sue successive ricerche sulla popolazione: in uno studio su soggetti obesi, l'autore ha individuato tre pattern di comportamenti alimentari specifici, che si presentavano in maniera frequente, e che contribuivano a determinare e mantenere l'elevato peso corporeo: Night Eating, "Eating without satiation" e *Binge eating* (Stunkard, 1959). Quest'ultimo, era stato descritto come un pattern che comportava l'assunzione vorace di un'enorme quantità di cibo in un periodo di tempo relativamente breve, modalità che sembrava comparire in periodi di vita stressanti, quindi senza una particolare e prevedibile periodicità. Tale associazione poteva risultare oscura al soggetto che ne soffriva e poteva attribuire a questa, inconsciamente, un significato simbolico,

sperimentando, a seguito delle abbuffate, vissuti di disagio e di biasimo verso se stesso (Stunkard, 1959, 1996). Altro elemento centrale del fenomeno riguardava, inoltre, la presenza di processi dissociativi: i soggetti, infatti, sembravano non essere in grado di operare un controllo su ciò che facevano.

Gli episodi di binge-eating sono stati considerati per la prima volta un criterio diagnostico nel DSM-III (APA, 1980) all'interno del disturbo Bulimia, successivamente definita Bulimia Nervosa (BN).

I primi studi che propongono il BED come diagnosi sono di Spitzer e collaboratori (Spitzer et al., 1992; Spitzer, Yanovski et al., 1993): gli autori rilevarono la prevalenza di questo disturbo in un campione di più di 3500 soggetti, diagnosticandolo nel 30 % dei casi di pazienti in attesa di partecipare a un trattamento per perdere peso, nella popolazione non clinica era presente solamente il 2%. Il disturbo, inoltre, era più comune nel genere femminile e associato a più alti livelli di obesità e a storie di marcata fluttuazione di peso corporeo (Spitzer, 1992).

Numerosi sono stati i tentativi per includere nella classificazione diagnostica DSM i soggetti con tale comportamento. I ricercatori hanno a lungo dibattuto in merito al fatto se il disturbo dovesse costituire una categoria specifica ed essere riconosciuto, quindi, come una diagnosi di disturbo alimentare indipendente (Myers et al., 2014), come si evince dai continui scambi di opinioni tra colleghi e, in seguito, tra questi e le Eating Disorders Work Group of the DSM Task Force.

Nel DSM-IV (APA; 1994) il Disturbo da Binge-Eating è stato inserito tra i Disturbi che richiedevano ulteriori studi di approfondimento, ossia fra i Disturbi della Condotta Alimentare Non Altrimenti Specificati (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*; EDNOS). La categoria diagnostica era riservata a soggetti che presentavano un significativo disturbo alimentare psicopatologico senza soddisfare pienamente i criteri di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa. Nella quarta edizione, infatti, si sollevava il dubbio sulla possibilità che BN (con o senza condotte di eliminazione) e BED rappresentassero in realtà un unico disturbo con manifestazioni diverse, determinate da fattori di tipo genetico o metabolico.

Anni dopo, nel 2000, nella versione *Text Revision* del Manuale (DSM-IV-TR), il BED era incluso nell'Appendice B "Criteri e Assi utilizzabili per ulteriori studi", con l'etichetta di Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

Nel 2003, la pubblicazione dell'articolo "What is this thing called BED?" da parte di Devlin e collaboratori evidenzia bene la diafrasi fra i vari modelli nosografici proposti.

Per alcuni autori il BED era una variante di un più generale disturbo bulimico con sottotipi compensatori (bulimia nervosa) o non compensatori (BED) oppure con sottotipi *purging* e *non purging* (Hay et al., 1998). Da qui l'ipotesi di un "binge spectrum model", secondo cui BED, Bulimia Nervosa *purging* e quella *non purging* si posizionavano lungo uno stesso continuum in base al criterio di gravità, ragione per cui il

BED sarebbe dovuto rientrare nella categoria dei disturbi alimentari non altrimenti specificati. I problemi di diagnosi differenziale tra BED e Bulimia sono tuttora una questione cruciale, ma le evidenze cliniche, ormai, indicano che si tratta di quadri differenti (si veda paragrafo *Diagnosi Differenziale*). In base alla frequente copresenza di BED e obesità altri autori avevano proposto modelli diversi. Nel primo modello il BED era considerato un sottotipo comportamentale di obesità, poiché la sua presenza costituiva un fattore determinante al mantenimento di un alto BMI. L'utilità di questo modello si basava sul fatto che un miglioramento nel BED portava a una diminuzione di peso e che la sua identificazione aveva importanti implicazioni nella scelta del trattamento. In realtà, alcuni studi hanno messo in luce come il trattamento del BED in realtà non porti a una riduzione del peso corporeo, bensì solo a una sua stabilizzazione (Dingemans, 2002). Dalle ricerche condotte sull'esito dei trattamenti emergevano dati contrastanti: i pazienti affetti da BED avevano una risposta migliore ai trattamenti per l'obesità (Raymond et al., 2002), mentre, secondo altri autori (Nauta et al., 2000), i pazienti presentavano una percentuale maggiore drop-out e di risposte negative al trattamento.

Nel secondo modello, invece, il *binge-eating* era considerato come una caratteristica associata alla copresenza di due disturbi primari. In altri termini, quando il paziente affetto da obesità e presenta un disturbo psicopatologico - come, ad esempio, la depressione - è possibile che sia anche affetto da BED. Il *binge-eating* sarebbe, pertanto, a parere di alcuni autori, un marker della presenza di psicopatologia in soggetti obesi (Stunkard et al., 2003). Le prove portate a favore di questo modello erano da un lato la presenza di maggiori livelli di psicopatologia nei soggetti obesi BED rispetto agli obesi non binge-eaters (si veda par. sulla *Comorbilità psichiatrica*), e, dall'altro, il fatto che disturbi psichiatrici e obesità rientrassero tra i fattori di rischio dello sviluppo del binge-eating. Inoltre, era riconosciuto che tale sintomatologia fosse frequente nei quadri di depressione atipica, e che non avesse nè un'alta stabilità nel tempo, nè una scarsa rilevanza nella definizione del trattamento.

In realtà, soltanto una parte dei soggetti BED soffre di depressione (Grilo et al., 2001; Stice et al., 2001) e, data la presenza di alti livelli di impulsività in questi pazienti, sembrerebbe più probabile un'associazione tra obesità e discontrollo degli impulsi (de Zwaan et al., 1994). Altri autori, che si riconoscono in questo modello, ipotizzano che il *binge eating* sia una modalità di alimentazione di quei soggetti obesi che vivono in modo distonico il rapporto con il proprio corpo e il loro peso, ragione che li spingerebbe a fare diete molto restrittive, seguite da abbuffate. La letteratura, però, mostra come nei BED le abbuffate non siano correlate alla restrizione alimentare come avviene nei pazienti bulimici.

Altri autori sostenevano, infine, che il BED dovesse essere considerato come un disturbo a se stante. Le maggiori evidenze a sostegno di questa ultima ipotesi riguardavano, innanzitutto, la presenza di marcate differenze nella modalità di alimentarsi fra soggetti obesi con e senza BED, con una tendenza a

iperalimentarsi anche al di fuori degli episodi di binge-eating (Yanowski et al., 1994) – che nei soggetti obesi correla con la presenza di psicopatologia (Rossiter et al., 1988) - e a mettere in atto maggiori tentativi di mettersi a dieta.

Le caratteristiche psicopatologiche dei pazienti BED sono inoltre diverse da quelle delle pazienti bulimiche. Hanno un diverso atteggiamento nei confronti del cibo: non è un nemico da combattere e controllare, ma un oggetto desiderato, dotato di un potere consolatorio/gratificante. L'obiettivo irrealistico che questi soggetti vorrebbero raggiungere sarebbe di potersi abbuffare senza ingrassare (Brody, et al., 2005). A seguito dell'abbuffata, i soggetti con BED sperimentano sentimenti di colpa connessi al comportamento binge, unitamente a un senso di sconforto e ineluttabilità della loro condizione, a differenza dei soggetti con Bulimia Nervosa che tentano di ripristinare quanto prima lo stato di controllo infranto con atti compensatori.

Nel 2007, in seguito a una ricerca su larga scala, Hudson e collaboratori arrivarono alla conclusione che il Disturbo da Binge-eating sia più diffuso di Bulimia Nervosa e Anoressia Nervosa, e che, al pari di queste due, possedesse caratteristiche stabili e croniche nel tempo, oltre che una significativa comorbidità con disturbi psichiatrici (Myers et al., 2014). Costituirebbe, quindi, un problema rilevante di salute pubblica (Hudson et al., 2007). Anche altri ricercatori concordavano nel considerare il BED come un disturbo alimentare di gravità sufficiente da richiedere trattamenti specifici (Wilfley, Schwartz et al., 2000; Wilfley, Wilson et al., 2003), riconoscendolo come una diagnosi a sé stante oltre che un indicatore utile della presenza di gravi quadri psicopatologici nei soggetti obesi (Stunkard, Allison, 2003).

Gli innumerevoli lavori che dimostrano l'utilità e la validità clinica del disturbo ha fatto sì che la Task Force del DSM lo facesse rientrare come disturbo indipendente nella 5° edizione del Manuale Diagnostico, nel 2013.

Si riportano nel Box 1.1, Criteri diagnostici proposti nel DSM-5.

**Box 1.1 Criteri diagnostici Disturbo da *Binge eating* proposti nel DSM-5**

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
  - 1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio, un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo in circostanze simili.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio, sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:
1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
  2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
  3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non si ci si sente affamati.
  4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
  5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- C. È presente marcato disagio riguardo le abbuffate
- D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per tre mesi
- E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Fonte - DSM-5, 2014, tr. it. p. 404

Rispetto ai criteri indicati per il disturbo dal DSM-IV-Text Revision (DSM-IV-TR, APA, 2000) diminuiscono la frequenza e la durata degli episodi di binge-eating: nella versione precedente, gli episodi dovevano avvenire, in media, almeno due giorni alla settimana per sei mesi, mentre nel DSM-5 è riportato che questi devono presentarsi, in media, una volta a settimana per tre mesi. Inoltre, è introdotta una scala di gravità del disturbo: Lieve: 1-3 episodi di alimentazione incontrollata a settimana; Moderata: 4-7 episodi a settimana; Grave: da 8 a 13 episodi a settimana; Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

Il dibattito sull'utilità clinica di questa diagnosi non si è, tuttavia, ancora concluso: recentemente, Allen Frances, presidente della Task Force per il DSM-IV, ha dichiarato che il DSM-5 ha incrementato il rischio di definire come disturbo mentale delle varianti del comportamento normale, citando, a tale proposito, proprio il Disturbo da Binge-Eating.

Negli altri sistemi di classificazione - International Classification of Diseases (ICD-10; 1992) e Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM; 2008) - il BED continua a essere classificato come Disturbo Alimentare Non Alimenti Specificato (EDNOS). Per tale ragione, è difficile isolare questa tipologia di pazienti nelle banche dati mediche per ragioni di ricerca.

## 1.2 Le abbuffate

Il sintomo principale del Disturbo da Binge Eating – letteralmente “indulgere troppo nel mangiare” (Fairburn, 1995) - è la vorace assunzione di grandi quantità di cibo (Ricca et al., 2009) che si definisce un’“abbuffata compulsiva” (Tronci, 2008). L’abbuffata è una particolare modalità di alimentazione che si distingue dagli episodi sporadici che possono essere talvolta presenti nelle vite di soggetti non patologici normopeso e/o sovrappeso, in cui si ingeriscono abbondanti quantità di cibo (ad esempio, durante una festa, o in seguito a eventi stressanti ed emozioni intense). Il comportamento alimentare può essere influenzato per chiunque da vissuti emotivi o eventi culturali e di aggregazione sociale.

### 1.2.1. Caratteristiche principali

L’abbuffata si caratterizza, e si differenzia dall’iperalimentazione, per un criterio temporale circoscritto durante il quale avviene l’assunzione di cibo: nello specifico, il soggetto mangia “in un determinato periodo di tempo (per esempio, un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo in circostanze simili” (American Psychiatric Association, tr. it. 2014, p. 404).

Essa può diventare segnale di sofferenza psicologica se diviene per il soggetto una normale modalità di risposta agli stimoli emotivi o a eventi stressanti e, inoltre, se tali occasioni si accompagnano a una riduzione dello stato di coscienza dell’individuo, che avverte un senso di incapacità a governare il proprio comportamento. Peraltro, lo stesso DSM-5 sottolinea che gli individui con questo disturbo si vergognano dei propri problemi e tentano di nascondere i sintomi, per cui le abbuffate avvengono in solitudine e più segretamente possibile. L’antecedente più comune sembra essere un’emozione negativa unitamente ad altri fattori scatenanti che includono situazioni interpersonali stressanti per l’individuo, quali restrizioni dietetiche, sentimenti negativi correlati al peso e alla forma del proprio corpo e noia. “Le abbuffate possono minimizzare o attenuare i fattori che hanno scatenato l’episodio nel breve termine, ma l’autosvalutazione e la disforia sono spesso conseguenza ritardate” (DSM-5, tr. it. 2014, p. 406).

Uno degli autori che si sono maggiormente occupati del problema, Fairburn, ha condotto diverse ricerche di laboratorio (Fairburn, 1995), in cui ha raccolto informazioni dettagliate sul comportamento alimentare di soggetti con condotte di binge-eating che per diversi giorni erano monitorati, ricevendo istruzioni varie, come quella di abbuffarsi o, ad esempio, di mangiare ciò che normalmente mangerebbero in un giorno in cui non avevano “crisi” da alimentazione incontrollata. Nonostante le svariate critiche riguardo la metodologia “poco ecologica” adottata, il comportamento messo in atto in laboratorio è risultato veritiero, ossia simile a quello rilevato durante la raccolta dei dati clinici nei colloqui di arruolamento dei soggetti (Kaye et al., 1992; Fairburn, 1995; Marucci et al., 2007). In base al lavoro di Fairburn le caratteristiche che contraddistinguono l’abbuffata sono le sensazioni, la velocità di alimentazione, un senso di agitazione, la sensazione di uno stato di coscienza alterato, la segretezza e la perdita di controllo (Fairburn, 2013).

Le *Sensazioni*, legate ai primi momenti dell’abbuffata, sono connotate da una qualità positiva poiché il soggetto avverte una riduzione dei vissuti negativi sperimentati – quali, ansia e fame - provando un certo grado di sollievo (Marucci et al., 2007). Il benessere sperimentato, però, è solo momentaneo, poiché, in seguito, prevalgono emozioni negative, in particolare quelle legate a sé, con sentimenti di disgusto e ribrezzo per ciò che si sta facendo o si è fatto.

L’assunzione di cibo è contraddistinta da una notevole *Velocità* che porta il soggetto a riempirsi voracemente la bocca in maniera meccanica, talvolta ingerendo il cibo senza masticarlo.

Presente un senso di *Agitazione* che porta i soggetti a muoversi continuamente nello spazio (ad esempio, camminano su e giù) e a vivere il cibo come un oggetto indispensabile in quel momento, al punto da essere disposti a sottrarlo ad altri o a rubarlo.

A questi comportamenti si associa la *Sensazione di uno Stato di Coscienza Alterato*, al punto che le persone che sperimentano episodi di binge-eating si descrivono come “in trance” (Vinai, 2007), come se avvenisse tutto in maniera automatica o, ancora, fosse qualcun altro a mangiare al posto loro (Marucci et al., 2007): sono descritte sensazioni di paralisi, intorpidimento, fino a arrivare alla derealizzazione (Tanofsky-Kraff et al., 2008; Vinai, Cardetti, et al., 2010). Presente inoltre il desiderio di mostrare alle altre persone di avere un comportamento adeguato per cui il “rituale” dell’abbuffata è legato alla *Segretezza* (Laghi et al., 2010), che può incrementare lo stato di coscienza alterato sopra descritto, poiché si instaura negli stessi pazienti un meccanismo di negazione.

La *Perdita di Controllo* è una caratteristica centrale delle abbuffate, che può presentarsi in diversi modi e con diversi livelli di gravità nei soggetti. Taluni individui riportano la sensazione di perdita di controllo prima di iniziare a mangiare, altri la provano durante la stessa abbuffata e la descrivono come progressivamente crescente, altri ancora sostengono che arrivi “improvvisamente” quando si rendono

conto di aver mangiato troppo, oppure di non riuscire più a smettere una volta che hanno iniziato a mangiare (Fairburn, 2013).

Quello di Fairburn rappresenta un tentativo di operationalizzare i criteri del disturbo, per fare luce sulle diverse componenti esistenti e pervenire a una migliore comprensione del binge-eating.

### 1.2.2. Operationalizzare i criteri del disturbo

Operationalizzare i diversi comportamenti che rientrano nella macro categoria del binge-eating è, in effetti, complesso. A questo proposito è opportuno fare una breve digressione sull'annoso problema della classificazione diagnostica in psichiatria (Zubin, 1961). Hempel nella conferenza organizzata nel 1959 dall'*American Psychopathological Association* ribadisce l'importanza di avvalersi di criteri operationalizzati definiti in maniera precisa e puntuale, in modo da non lasciare spazio ad ambiguità di interpretazione, affinare la specificità diagnostica e pervenire in anni futuri a una migliore comprensione dell'etiologia del disturbo. Il clinico ha quindi due necessità imprescindibili: usare criteri chiaramente definiti e ricorrere a termini quanto più possibile di tipo osservativo, cioè non legati a una teoria (*theory-neutral*). "Il vocabolario necessario nelle prime fasi ... dovrebbe basarsi soprattutto sull'osservazione: lo si dovrebbe scegliere in modo da rendere possibile la descrizione di quegli aspetti dell'oggetto che sono verificabili in maniera relativamente diretta con l'osservazione" (1965, p. 140).

Da quanto emerge in letteratura, le maggiori difficoltà si incontrano nel definire in maniera consensuale due parametri: la durata temporale e la frequenza dell'episodio dell'abbuffata e la quantità di cibo ingerito. Il binge-eating si verifica in privato, ed è spesso accompagnato da sentimenti di ottundimento o di fuga dalla consapevolezza di quanto accade (Heatherton et al., 1991). L'eterogeneità dei dati riportati dai diversi autori a questo proposito è indubbiamente indicativa della variabilità delle manifestazioni del fenomeno, che sembra essere facilmente circoscrivibile solo quando la manifestazione è conclamata. Risulta invece più complesso quando la manifestazione del criterio riportato dal DSM-5 non è così evidente. Questo pone inevitabilmente problemi di diagnosi anche perché il livello di gravità del disturbo si basa proprio sulla frequenza degli episodi di abbuffata.

Fin dalle prime ricerche sul binge-eating, che hanno avuto come oggetto di studio i pazienti con Bulimia nervosa, è emersa la difficoltà a rilevare sia la frequenza che la durata temporale del binge-eating.

Come riportato nel DSM-5, per valutare se l'assunzione di cibo sia eccessiva, bisogna considerare il contesto in cui avviene. "Per esempio, una quantità di cibo che può essere giudicata eccessiva per un

pasto in un giorno comune può essere normale durante una ricorrenza una festività” (DSM-5, tr. it. 2014, p. 405).

La frequenza media del *binge eating* è variabile: per il DSM-5 deve verificarsi almeno una volta alla settimana per tre mesi (criterio D), mentre in letteratura diversi autori riportano una frequenza di 3-5 giorni a settimana.

La frequenza oscilla tra una media di un episodio al giorno (max quattro episodi al giorno) fino a nove episodi alla settimana (max 17 episodi). La maggior parte di questi episodi avviene nel primo pomeriggio e durante la sera. Il DSM-5, come sopra riportato, definisce a sua volta la gravità del disturbo in base alla frequenza degli episodi.

Dai lavori dei diversi autori emerge che la durata temporale delle abbuffate è estremamente variabile. Da un lavoro di Marcus (et al., 1992 ) emerge che in alcuni pazienti obesi (25%) affetti da Binge-eating gli episodi possono durare l'intera giornata. Gli episodi di binge in soggetti affetti da bulimia possono avere una durata che oscilla tra i 15 minuti e le otto ore (Mitchell et al., 1981; Mitchell, Laine, 1985 ). In realtà l'episodio medio sembrerebbe avere una durata inferiore all'ora e avverrebbe con maggiore frequenza durante i giorni settimanali invece che nel corso del weekend.

Tra gli altri problemi che rendono difficile codificare la durata temporale delle abbuffate, la difficoltà - come evidenziato da Cooper e Fairburn (2003) – a distinguere gli episodi di binge dallo “unstructured overeating”. Infatti, risulta complesso sistematizzare la modalità di assunzione del cibo di questi soggetti, sia durante l'abbuffata, sia in quei momenti della giornata in cui essa non si verifica (Vinai et al., 2008; Ricca et al., 2009), ragione per cui è difficile distinguere nettamente e “delimitare” l'episodio di alimentazione incontrollata, poiché si osserva una generale tendenza a mangiare in maniera disordinata durante un'intera giornata, assumendo grandi quantitativi di cibo in maniera prolungata (Cooper , Fairburn, 2003; Vinai et al., 2008).

La maggior parte delle ricerche effettuate, infatti, ha evidenziato che i pazienti con BED hanno un'incapacità generale di regolare la loro alimentazione sia durante sia al di fuori delle abbuffate. Studi psicometrici hanno trovato che i soggetti con BED hanno bassi livelli di restrizione alimentare, non solo inferiori a quelli osservati nella Bulimia Nervosa, ma anche più bassi di quelli comunemente presenti nei soggetti normali (Ar dovini et al., 1999).

Inoltre, a differenza della bulimia nervosa, non è presente un comportamento specifico che sancisce la fine di un'abbuffata (come il ricorso a lassativi e vomito auto-indotto).

Queste considerazioni hanno indotto alcuni ricercatori a concentrarsi più che su singoli episodi di alimentazione incontrollata, su giorni “binge”, nei quali il soggetto ingerisce ingenti quantità di cibo

distribuite nell'arco delle 24 ore, alternati a giorni di alimentazione corretta o improntata alla restrizione alimentare. In questo modo, secondo Rossiter e collaboratori(1992), si riuscirebbe a superare la difficoltà che si riscontra in fase di assessment relativa al ricordo e alla demarcazione dei singoli episodi. L'unità di misura in questo caso sarebbe il numero di "giorni bulimici" invece che il numero delle abbuffate. Altri ricercatori hanno seguito questo orientamento privilegiando come unità di misura i giorni in cui prevale la condotta di binge (Wilfley et al., 1997).

Secondo il DSM-5, la frequenza degli episodi di abbuffata rimane il criterio per valutare il livello di gravità. Secondo alcuni autori, tra cui Schreiber-Gregory et al., (2013), però, sarebbe invece più opportuno avvalersi della durata dell'episodio come un indicatore di gravità. A loro avviso "soggetti che riportano episodi di abbuffata di durata in media più lunghi, riportano più alti livelli di depressione e una più bassa stima di sé rispetto a coloro con episodi di binge-eating di durata più breve (cioè meno di due ore)" (2013, p. 814).

L'altro elemento diagnostico problematico sembra essere definire la quantità di cibo assunto. "Il tipo di cibo assunta durante le abbuffate varia sia da individuo a individuo sia per un dato individuo. Ciò che sembra caratterizzare le abbuffate soprattutto l'anomalia nella quantità del cibo consumato piuttosto che il desiderio incontrollato di un alimento specifico "(DSM-5, tr. it. 2014, p. 405). Anche in questo caso esistono problemi rispetto all'effettivo quantitativo di cibo ingerito: da quanto sostenuto dai pazienti non è facile capire se e in quale misura i soggetti sperimentino realmente una perdita di controllo.

Ridotti sono i lavori che descrivono la quantità e la qualità degli episodi binge. Sia i lavori di Yanovski e collaboratorisvolti in laboratorio (1992) che quelli su un campione di donne con BED di Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileff, and Devlin (1993), hanno riportato che i soggetti con BED consumano un maggior numero di calorie (nel primo studio 2,343 vs. 1,640 kcal, nel secondo citato 1,514 vs. 1,115 kcal) rispetto a soggetti senza tale diagnosi, anche quando a questi ultimi viene chiesto di abbuffarsi (2,963 vs. 2,017 kcal, Yanovski et al., 1992).

Secondo Fairburn (2010), L'abbuffata tipica sembra tuttavia contenere tra le 1.000 e le 2.000, ma alcuni soggetti possono arrivare a ingerirne 10 volte tanto.

Dallo studio in laboratorio di Yanovski (1992), erano state messe in luce anche delle differenze qualitative rispetto al tipo di cibo ingerito: i BED prediligevano cibi più grassi, specialmente dolci e "snake foods". La scelta di cosa mangiare, infatti, ricade su cibo dannosi per l'organismo ad alto contenuto calorico (Yanovsky et al., 1992; Goldfein et al., 1993; Yanovsky et al., 1994; Dingemans et al., 2002)., con una tendenza a prediligere cibi dolci o salati a seconda dell'emozione sperimentata, rispettivamente sul versante depressivo o ansioso (Vinai et al., 2008; Ricca et al., 2009).

Ma i parametri in base a cui definire l'abbuffata - nonostante il tentativo fatto da Fairburn (2013) - non permettono di rilevare con precisione il fenomeno. Questa è in parte conseguenza del rapporto che esiste tra abbuffata - che il sintomo alla base della sindrome - e la percezione che il paziente ha del proprio comportamento binge.

Un dato importante emerso dalle ricerche è che la percezione soggettiva che il paziente ha dell'abbuffata non sempre risponde ai criteri clinici. Nel 1993 Cooper, collaboratore di Fairburn, introduce una distinzione tra episodi di "abbuffata soggettiva" da episodi di "abbuffata oggettiva", simili tra loro per la sensazione di perdita di controllo che le fa percepire come tali ma diversi in quanto la quantità di cibo assunta è ridotta (Mitchell et al., 2008). Si introduce quindi un criterio aggiuntivo in base al quale l'aspetto più importante dell'abbuffata non sarebbe tanto la quantità di cibo, quanto la difficoltà a controllare l'impulso ad alimentarsi, il non riuscire a fermarsi quando si inizia a mangiare e a controllare quanto e cosa si sta mangiando, nonché i vissuti e i comportamenti associati alla perdita di controllo sul cibo (Ricca, Castellini e Faravelli, 2009). Secondo alcuni autori quindi la percezione soggettiva di abbuffata può essere dovuta, in parte, a una eccessiva attenzione rivolta verso il proprio corpo e verso l'assunzione di cibo, unitamente alla presenza dei massicci sentimenti negativi connessi a sé per il comportamento messo in atto, che possono esitare in una sovrastima da parte loro rispetto ai loro comportamenti alimentari.

Il problema, come si può facilmente intuire, ha ricadute sui dati raccolti con strumenti di screening o *screens* (Jacobi, Abascal, Tylot, 2004) o misure self-report, perché i criteri che orientano la persona nel valutare il proprio comportamento alimentare sono soggettivi. Alcuni pazienti riportano una serie di abbuffate consecutive e le considerano un solo episodio, mentre altri separano i singoli episodi e li considerano come unità a sé stanti. Peraltro la specificità dei self-report - problema che si affronterà nel Capitolo 3 - induce questo fattore di distorsione nella raccolta dei dati.

### 1.2.3. - Diagnosi differenziale

Fondamentale è differenziare sintomo *Binge eating* e sindrome BED, caratterizzata principalmente da quel sintomo (Ricca et al., 2009). Data la difficoltà del paziente a riportare con precisione episodi specifici di Binge (Rossiter et al., 1992), la presenza di abbuffate anche in soggetti non diagnosticati come BED (Greeno et al., 2000, le Grange et al., 2001; Yanovsky, Sebrin, 2004), la differenza tra episodi di binge-eating in soggetti obesi vs soggetti affetti da bulimia (Brody et al., 1994), alcuni autori si domandano se non sarebbe opportuno ripensare all'opportunità di avere un'unica definizione dell'episodio di Binge, che sia trasversale ai diversi disturbi in cui si può verificare (Gladis et al., 1998b).

Il sintomo dell'abbuffata, infatti, rappresenta il nucleo del comportamento patologico nel Disturbo da *Binge eating* Disorder, ma è un sintomo comune a più disturbi alimentari: quali l'Anoressia Nervosa (AN), sottotipo Binge/Purging, e la Bulimia Nervosa non purging (BN), oltre che ad altri quadri clinici.

Nell'Anoressia Nervosa, il rifiuto del cibo si alterna a frequenti crisi di fame e abbuffate, alle quali segue spesso vomito spontaneo o provocato (Colombo, 1996). In queste occasioni, i soggetti falliscono nel loro tentativo di restrizione dietetica, ragione che li porta ad avere la sensazione di perdere il controllo sul mangiare e di abbuffarsi, provando immediatamente ansia, vergogna e senso di colpa. Le abbuffate "anoressiche", quindi, sono da considerarsi soggettive, poiché si distinguono per la classica sensazione di perdita di controllo ma per una piccola quantità di cibo ingerito (Garner, 1993).

La Bulimia Nervosa, invece, si caratterizza per ricorrenti abbuffate che nascono anch'esse in un contesto di estrema restrizione dietetica. A differenza di quelle riscontrate nell'Anoressia Nervosa, esse sono oggettive e, in quanto tali, caratterizzate da un importante introito calorico, disordinato e confuso (Fairburn, 1995), a cui si associa la sensazione di un mancato controllo sul proprio comportamento alimentare, seguite da tempestivi comportamenti compensatori di tipo anoressico (Colombo, 1996).

In questi soggetti, i comportamenti compensatori consentono una parziale eliminazione delle calorie assunte nel corso dell'abbuffata (Bontempi et al., 2012). Ciò determina il frequente normopeso di queste pazienti che, di solito, registrano un Indice di Massa Corporea (BMI) compreso tra 20 e 25 (Bontempi et al., 2012; Fairburn, 2013).

Le modalità messe in atto possono essere eliminative o non eliminative. La difficoltà a discriminare tra Bulimia Nervosa e disturbo da binge-eating, infatti, è aumentata quando nel DSM-IV (APA, 1994) si è distinto tra bulimia nervosa con e senza condotte eliminatorie, in cui nella variante della bulimia nervosa "Non Purging Type", il soggetto cerca di compensare l'eccesso alimentare con digiuno o esagerato esercizio fisico, anziché con vomito, purghe e diuretici, ma, nonostante la somiglianza con il binge-eating disorder, tra i due quadri psicopatologici esistono importanti distinzioni (Ricca et al., 2009).

In primo luogo, nei pazienti binge eaters mancano le condotte compensatorie inappropriate messe in atto dai bulimici, come condotte eliminatorie e la pratica di un'eccessiva attività fisica.

L'assenza del costante ricorso a comportamenti compensatori non equivale al fatto che i soggetti con BED non ne facciano mai ricorso. Saltuariamente, infatti, anche loro possono servirsi di condotte di eliminazione. Ciò che, però, li differenzia dai pazienti bulimici (o da anoressici binge/purge) è che in loro manca l'ossessione pervasiva volta ad annullare istantaneamente gli effetti dell'abbuffata, ristabilendo in questo modo il controllo assoluto sul proprio peso corporeo (Vinai & Todisco, 2007). I binge-eaters, piuttosto, adottano questo tipo di "rimedio" nel momento in cui il loro fisico non riesce più a tollerare

la fastidiosa sensazione di “pienezza” dovuta all’eccessiva quantità di cibo ingerita (Vinai & Todisco, 2008).

È, altresì, assente la prolungata restrizione dietetica volta a ridurre il peso e modificare l’aspetto del proprio corpo tra un’abbuffata e l’altra. Infatti, mentre nella Bulimia Nervosa è accettata la stretta relazione tra restrizioni alimentari e abbuffate, nel senso che un regime marcatamente ipocalorico predispone all’insorgenza di abbuffate, nel BED questa relazione sembra essere assente, ma che nel quasi 50% dei casi queste siano precedenti all’adozione di un regime ipocalorico (Wilson et al., 1993). Numerosi studi supportano questa tesi, secondo la quale restrizione calorica e perdita di peso non sembrano esacerbare le abbuffate nei pazienti con BED (Agras et al., 1994; La Porte, 1992; Marcus et al., 1995; Telch et al., 1993; Wadden et al., 1992; Dalle Grave, 2001).

Pertanto, la dieta riduce il numero delle abbuffate nei pazienti con BED e le aumenta in quelli con Bulimia Nervosa, a conferma della differenza fra i due quadri clinici.

Diverse sembrano essere, inoltre, le caratteristiche dell’abbuffata nei due quadri clinici. A tale proposito ridotto sono gli studi che valutano le differenze in termini di quantità e qualità le differenze fra abbuffate di soggetti binge-eaters e soggetti con bulimia nervosa (Fitzgibbon et al., 2000). Goldfein e collaboratori (1993) non hanno rilevato differenze fra questi due gruppi in termini di numero di calorie ingerite.

Inoltre, la presenza del BED si associa a livelli di disagio e preoccupazioni relativi al peso e all’alimentazione sovrapponibili a quelli delle pazienti con BN, e maggiori rispetto ai soggetti parimenti obesi senza il disturbo, e a una simile severità delle abbuffate (Gormally et al., 1982; Wilson et al., 1993; Marcus et al., 1993; Wilson & Fairburn, 1993; Yanovski, 1993; Marcus, 1995; Dingemans et al., 2002). Per entrambi i disturbi sono presenti, inoltre, gli stessi sentimenti di sconfitta e di colpa con calo dell’autostima dopo l’abbuffata. Tuttavia, al centro della loro attenzione non vi è il peso o l’immagine corporea, bensì la difficoltà a gestire le emozioni e a controllare gli impulsi. Per tale ragione, i binge-eaters mancano di sistematicità nelle abbuffate rispetto a bulimici e anoressici (Masheb & Grilo, 2006; Ricca et al., 2009).

Caratteristico dei pazienti affetti da BED sembrano essere, poi, la continua lotta per evitare le abbuffate e l’aspirazione a elevati standard di perfezione nella modalità di seguire una dieta, mentre è controverso l’uso di strategie di controllo della quantità del cibo ingerito (ad esempio, mangiare lentamente, controllarsi nelle porzioni, contare le calorie).

Esistono, infine, delle differenze in termini prognostici: la frequente associazione fra modalità alimentari patologiche e i problemi di peso ne rende difficile il trattamento, ma i soggetti binge-eaters sembrano

avere maggiori possibilità di miglioramento se sottoposti a trattamento rispetto ai pazienti bulimici. Tuttavia, gli studi clinici che hanno esaminato l'efficacia di differenti strategie di dimagrimento in soggetti obesi, hanno evidenziato come la presenza del BED si associ a una maggiore incidenza di drop-out, a una minore perdita di peso e a un più rapido recupero dello stesso (Wonderlich et al., 2003). Infine, è da tener presente che un'ingente assunzione di cibo può presentarsi anche in altri quadri psicopatologici diversi dai disturbi dell'alimentazione, quali il disturbo depressivo (compresa la depressione atipica), il disturbo bipolare e, infine, nel disturbo borderline di personalità, per l'aspetto impulsivo a esso connesso. Nonostante la molteplicità dei lavori condotti in questo ambito, mancano, tuttavia, dati che permettano di rilevare le differenze nel binge tra diversi gruppi clinici (Engel et al., 2009).

### 1.3. Prevalenza

Ad oggi il numero di ricerche effettuate sull'incidenza del fenomeno nel panorama nazionale italiano è circoscritto. I dati di letteratura a livello nazionale stimano un range di soggetti binge eaters che oscilla tra lo 0.7% e il 4.6% nella popolazione generale (Loriendo, Bianchi, Perrella, 2002), percentuali sovrapponibili alle stime americane (Latner, Clyne, 2008).

Non sono presenti dati di prevalenza per quanto riguarda il Disturbo da Binge eating secondo i criteri del DSM-5.

Un numero di studi ha mostrato come circa il 30% dei soggetti obesi in cerca di un trattamento dietologico riportano difficoltà legate al binge-eating o al "compulsive overeating" (Gormally et al., 1982; Marcus, Wing, & Lampariski, 1985). In questo gruppo, i binge eaters sono un sottogruppo (Brownell & Rodin, 1994; Fitzgibbon & Kirschenbaum, 1991), che sembrerebbe avere una propria specificità (Lee, Abbott, Seim et al., 1999). Essi si differenziano dai soggetti obesi non binge-eaters, oltre che in termini di comportamento alimentare, anche riguardo alla generale psicopatologia.

Fin dalla sua prima descrizione, il disturbo da Binge-Eating è stato associato alla presenza di obesità e a una storia di instabilità del peso (Spitzer et al., 1992; 1993), come logica conseguenza degli episodi di alimentazione incontrollata senza condotte compensative inappropriate di qualsiasi genere. Per tale ragione, gran parte degli studi prevedono la presenza concomitante dell'obesità, nonostante questa non sia presente fra i criteri diagnostici richiesti.

Circa i 2/3 dei soggetti con BED, quindi, sono sovrappeso o francamente obesi; questo evidenzia come nella eziologia dell'obesità abbiano un ruolo oltre all'alimentazione anche fattori metabolici, endocrini,

genetici e ambientali. I soggetti binge eaters, comunque, sono anche normopeso o in sovrappeso, a indicare che il disturbo, con particolare riferimento ai sintomi psicologici, è indipendente dalla fascia di peso in cui il soggetto rientra (Didie, Fritzigibbon, 2005). In uno studio di confronto fra Binge eaters obesi e non obesi (Carrard, van der Linfen, Golay, 2012), numerose sono risultate le somiglianze sia in termini di patologia alimentare che di periodo di insorgenza del disturbo, a indicare che l'obesità potrebbe non essere solo il risultato di anni di abbuffate senza condotte compensatorie.

Non è ancora chiaro, infatti, per quanto riguarda l'esordio del disturbo, se l'inizio sia segnato da una dieta ipocalorica volta a risolvere uno stato di obesità, seguita poi dalle abbuffate, o se sono queste ultime a comparire per prime (Spitzer et al., 1993; Yanovski SZ, 1995; Woodside et al., 2001; Dingemans et al., 2002; Loredio et al., 2002).

Ciò che in misura maggiore differenziava i due gruppi erano i livelli di restrizione dietetica, più alti nei soggetti binge-eaters normopeso, a indicare ancora una volta il labile confine con la bulimia nervosa non-purging.

Controversa è anche l'età di esordio: l'età dei soggetti al momento della diagnosi varia tra i 30 e i 40 anni, quindi maggiore rispetto alle pazienti bulimiche (Dingemans et al., 2002; Goldschmidt et al., 2011).

Tra i soggetti sovrappeso, la presenza del BED sembra associarsi a una più precoce insorgenza dell'obesità.

Numerose sono le ricerche che indicano una forte associazione fra BED e obesità severa (de Zwaan, 2001; Hudson et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2008). I tassi di prevalenza del disturbo tendono a crescere proporzionalmente all'entità del livello di adiposità (Telch et al., 1988; Marcus et al., 1992; Spitzer et al., 1992; Spitzer et al., 1993; de Zwaan et al., 1994; Ramacciotti et al., 2000; Mond et al., 2006): a un livello di Body Mass Index (BMI) compreso tra 25 e 28 il BED è presente nel 10% dei casi, a un BMI tra 28 e 31 nel 15% e tra 31 e 42 nel 40% (Telch et al., 1988).

I dati su diverse popolazioni di pazienti obesi indicano che i soggetti con Disturbo da Binge-eating sono del 16% tra coloro che si sottopongono a programmi di riduzione del peso non medici (tipo Weight Watchers), del 30% tra gli obesi in trattamento presso cliniche universitarie specialistiche, sino a arrivare a una percentuale del 70% dei frequentatori degli Overeaters Anonymous, un'associazione americana di "mangiatori compulsivi" che seleziona i casi più gravi (Garner & Dalle Grave, 2002; Dingemans et al., 2002; Loredio et al., 2002).

In Italia, una ricerca di Dalle Grave (1997) su 104 pazienti di sesso femminile ricoverati per obesità (BMI 35,9±5,9) ha rilevato la presenza del BED nel 32,7% dei casi. Altri due studi nazionali hanno evidenziato prevalenze inferiori del disturbo da binge-eating nei soggetti che richiedono un trattamento per

l'obesità: in uno studio di Ricca e collaboratori(2000) su 344 soggetti obesi, basandosi sui criteri del DSM-IV-TR è stata rilevata una prevalenza della patologia attorno al 7.5%. Dai simili sono stati riscontrati da Ramacciotti et al. (2000), in cui la percentuale del 12,1 % saliva fino al 18,1% se si ricercava il disturbo non solo nel presente ma indagando la vita passata del paziente.

Nella popolazione americana, le stime nella popolazione di soggetti obesi che richiedono un trattamento per intervenire sul loro peso corporeo sfiora addirittura il 30% (Villarejo et al., 2012).

Controversa è anche la presenza di una differenza di genere nella prevalenza del disturbo da binge-eating. Hudson et al. (2007) hanno condotto un'indagine su 9.282 soggetti, stimando una prevalenza del disturbo da Binge-eating del 3,5% nelle femmine e del 2% nei maschi<sup>1</sup>, a conferma di una prevalenza di questa diagnosi nel genere femminile come rilevato, ad esempio, negli studi pionieristici di Spitzer (1992; 1993).

Un altro studio dello stesso anno (Gruzca, Przybeck, Cloninger, 2007) su 910 soggetti, però, non ha rilevato differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Per quanto concerne, invece, la prevalenza nei diversi gruppi etnici, il disturbo sembra essere equamente distribuito (Woodside et al., 2001; Dingemans et al., 2002).

#### 1.4. Fattori di rischio e familiarità

Quando si parla di fattori di rischio si fa inevitabilmente riferimento ad una ampia congerie di fattori a causa della inadeguata operazionalizzazione dello stesso. I primi tentativi di operazionalizzazione si sono basati su un modello della mente specifico (ad esempio, biologico, cognitivo, psicodinamico) oppure sul modello biopsicosociale, che in quest'ottica diventava una sorta di panacea, di cui si tendevano a dimenticare i limiti (biblio).

In letteratura, questo costrutto è frequentemente impiegato e include diversi tipi di fattori: fattori di vulnerabilità, fattori predisponenti, fattori causali o etiologici (Jacobi et al., 2004). Alla fine degli anni '90 alcuni autori propongono dei criteri per creare una classificazione dei fattori di rischio (Kazdin et al., 1997; Kraemer et al., 1997). A loro avviso, i fattori di rischio possono essere operazionalizzati come una caratteristica misurabile di ciascun soggetto che appartiene a una determinata popolazione, che precede l'insorgenza dell'esito che ci si aspetta (manifestazione del disturbo atteso) e che permette di suddividere la popolazione in esame in due gruppi: un gruppo ad alto rischio e un gruppo a basso rischio

---

<sup>1</sup> Si noti che la diagnosi è stata effettuata secondo i criteri DSM-IV

di sviluppare il disturbo. La probabilità di avere un esito patologico nella popolazione ad alto rischio deve essere superiore a quella del gruppo a basso rischio.

È possibile parlare di fattori di rischio solo se si può dimostrare l'esistenza di una correlazione tra fattore ed esito. Un fattore di rischio, peraltro, non è stabile, ma variabile: ad esempio, può cambiare con l'età, il peso del soggetto o la risposta data da questo ultimo al trattamento (biologico o psicoterapeutico). Esistono quindi fattori di rischio che sono immutabili (come ad esempio l'età e il sex) e altri che possono variare. Come ricordano Jacobi, Hayward et al. (2004, p. 20), "l'etichetta che si impiega per un determinato fattore riflette sempre l'attuale condizione della conoscenza scientifica relativa a quel fattore. Nell'arco della sua vita scientifica un fattore può cambiare il proprio status. Inoltre può cambiare anche status di alcuni fattori (esempio, periodo puberale, parametri biologici o endocrini) a seconda del periodo in cui avviene la valutazione. Un fattore può essere variabile prima che si verifichi un determinato evento (ad esempio una fase evolutiva o un'infezione) e di conseguenza essere classificato come un fattore di rischio o un marker variabile ma può diventare immutabile dopo che si è verificato l'evento e di conseguenza essere classificato come un marker immutabile"

In alcune ricerche, i possibili fattori di rischio sono individuati in maniera retrospettiva. La validità dei fattori di rischio così individuati cambia in base alla specificità del fattore oggetto di indagine. È plausibile che la valutazione retrospettiva di fattori di rischio come marker fissi e informazioni mediche, ad esempio, il peso alla nascita, sia più valida di quella di altri fattori valutati retrospettivamente (ad esempio, l'autostima, funzionamento familiare).

Questa suddivisione permette di evidenziare la confusione che sussiste in rapporto ai fattori di rischio elencati in letteratura. Ci sono numerosi studi sui fattori di rischio connessi al disturbo da *binge-eating*, ma, poiché questi fattori non sono operazionalizzati, si finisce per mettere sullo stesso piano fattori di rischio diversi, quali ad esempio all'interno del gruppo di fattori retrospettivi quelli che sono dei marker fissi e quelli che sono dei "retrospective correlates" o fattori valutati a posteriori.

Mentre da un lato si è studiato il coinvolgimento di fattori genetici e neuroendocrini, dall'altro si è messo in luce anche il ruolo cruciale delle esperienze di vita infantili, compreso il legame con la figura primaria, la presenza di disturbi depressivi nei genitori, la tendenza familiare all'obesità e la presenza di *life events* significativi (Bulik et al., 2003; Vinai, Todisco, 2007; Dingemans et al., 2002; Loredio et al., 2002).

Alcuni studi, inoltre, hanno evidenziato che gli obesi con BED, rispetto a quelli senza questo disturbo, riportano più frequentemente storie di abuso fisico (Dingemans et al., 2002; Loredio et al., 2002) e hanno punteggi elevati nelle scale di valutazione dei sintomi dissociativi (Dalle Grave et al., 1996; Dalle Grave, Oliosi, Todisco & Vanderlinden, 1997), anche se questi ultimi sono significativamente inferiori a quelli osservati nella Bulimia Nervosa (Dalle Grave et al., 1997).

La tendenza alla familiarità rispetto allo sviluppo del disturbo riguarda la presenza sia di obesità sia di abuso di sostanze. Per quest'ultimo, non è ancora chiaro se quest'ultimo sia determinato da un tratto genetico legato a una tendenza al dis-controllo oppure se costituisca un substrato per lo sviluppo della patologia all'interno di un contesto di malfunzionamento familiare. I dati a questo proposito sono contrastanti: dal lavoro di Lee, Abbott et al. (1999) non risulta che nei familiari di pazienti con BED sia presente un rischio di disturbi psichici superiore a quello che si riscontra nei parenti di pazienti senza BED.

### 1.5. Comorbidità medica

Data l'alta comorbidità fra Disturbo da Binge eating e obesità, definita in base al BMI  $\geq 30$ , i soggetti che ne sono affetti risultano propensi allo sviluppo delle patologie mediche comunemente connesse a un alto BMI, quindi ad avere una maggiore probabilità di mortalità. Tra queste rientrano, ad esempio, patologie cardiovascolari, Diabete mellito tipo 2, disturbi gastrointestinali o malattie polmonari (in particolare le cosiddette apnee notturne).

Bulik CM et al. (2003) hanno messo in evidenza, come i soggetti affetti da BED siano probabilmente ad alto rischio di morbilità per patologie di tipo medico indipendentemente dalla presenza di obesità e di disturbi psicopatologici.

### 1.6. Comorbidità psichiatrica

I quadri di Disturbi dell'Alimentazione sono spesso associati a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanza e a un generale dis-controllo degli impulsi.

Per quanto riguarda il Disturbo da *binge eating*, è importante sottolineare che la presenza di comorbidità psichiatrica non sembra essere in relazione con la condizione di sovrappeso spesso concomitante, bensì specificamente proporzionale alla severità del *binge*.

Un'ingente mole di studi sostiene la presenza di tassi di psicopatologia nei binge-eaters superiori a quelli di soggetti obesi, ma inferiori a quelli dei pazienti bulimici normopeso, in particolar modo per ciò che riguarda i Disturbi dell'Umore e d'Ansia (Hudson, 1988; Prather et al., 1988; Marcus, 1993; Yanovski et al., 1993; Marcus, 1990; 1995; Dingemans et al., 2002; Loredio et al., 2002). A livello di sintomi si rileva

una bassa autostima, problemi di adattamento sociale e grande preoccupazione per il peso del proprio aspetto fisico (Crow et al., 2002; Striegel-Moore et al., 1998, 2000, Wilson et al., 1993)

Marcus et al. (1990), hanno evidenziato differenze significative tra obesi con e senza binge-eating sia per quanto riguarda la presenza di uno o più disturbi psichiatrici, sia per quanto riguarda la presenza di disturbi dell'umore (60% vs 28% e 32% vs 8%, rispettivamente). Questi dati sono confermati anche da Yanovski et al., (1993) che riportano una prevalenza di sviluppare una depressione maggiore del 51%, da Spitzer et al. (1993)<sup>2</sup> del 46.4% e da de Zwaan et al. (1993) del 54,5%.

Successivamente, Wilfley e collaboratori (2000) e, più recentemente, Hudson e collaboratori(2007) rilevarono come circa il 78% dei soggetti con BED (77% per i primi e 78.9% per i secondi) hanno almeno una comorbilità associata ai disturbi sopra riportati, nello specifico disturbi dell'umore per il 61%, disturbi d'ansia nel 29% dei casi e uso di sostanze per il 33%.

Nonostante l'ossessione per il cibo che contraddistingue sia i pazienti obesi sia i pazienti con BED i risultati delle ricerche non confermano la presenza di un disturbo di personalità ossessivo in questi pazienti (Hart, 1991). L'assenza di una percentuale di comorbidità per il DOC o per il disturbo di personalità ossessivo sia nei pazienti obesi sia nei loro familiari tenderebbe a escludere la presenza di un link genetico tra DOC, obesità e BED (Lee et al., 1999)

In letteratura, sono peraltro presenti studi anche recenti che cercano di individuare un possibile rapporto tra binge eating e "tono emotivo" (Hilbert et al., 2007; Wegner et al., 2002). Per quanto riguarda la relazione con i Disturbi dell'Umore, questi sembrano essere più frequenti nei pazienti obesi con BED, rispetto a quelli senza BED, anche se la relazione che lega le due patologie è da accertare; gli studi disponibili, infatti, sono retrospettivi e non chiariscono se il quadro distimico rappresenti un fattore causale, secondario o non correlato.

In misura minore, sono presenti evidenze anche per una maggiore presenza in questa tipologia di soggetti di Disturbo Post-traumatico da Stress (Yanovski, 1993) e di ADHD, connesso alla problematica del discontrollo degli impulsi.

Elevata è, poi, la comorbilità con i disturbi di personalità sia per i disturbi alimentari che per il BED: seppur per i primi si assiste a una maggiore frequenza, per entrambi il range di associazione può variare dal 21% fino a arrivare al 97% (Skodol et al., 1993; Vitousek et al., 1994; Friborg, 2014).

La loro presenza peggiora la prognosi dei soggetti che ne sono affetti anche nel caso del BED (Masheb et al., 2008) soprattutto, per questi ultimi, se si tratta di un disturbo della personalità che nel DSM-IV

---

<sup>2</sup> La prevalenza di depressione maggiore nei soggetti BED è superiore a quella presente nella popolazione generale (16.7%), ma inferiore a quella che si riscontra nei soggetti bulimici (73.3%)

(1994) rientrava nel Cluster C (Friborg, 2014). Il peggioramento che ne deriva riguarda il quadro clinico in generale, con la presenza di pattern disfunzionali cognitivi, comportamentali, interpersonali che possono rinforzare la gravità della condizione dei soggetti (Chen et al., 2011).

Sansone e Levitt (2006), hanno passato in rassegna i principali studi pubblicati sulla presenza di disturbi di personalità nei soggetti con BED, rilevando un'elevata associazione con il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, seguito da disturbi che nel DSM-IV (1994) rientravano nel Cluster A, ossia Paranoide, Schizoide, Schizotipico, con percentuali che si aggirano attorno al 15%. Al 12%, invece, si attesta la comorbidità con disturbo borderline di personalità e il disturbo evitante di personalità. Qualche anno dopo, Becker e collaboratori(2010) hanno confermato la maggiore frequenza associati al BED dei disturbi di personalità ossessivo compulsivo e evitante.

Una meta-analisi del 2014 di Friborg e collaboratori, pubblicata sul *The Journal of Nervous and Mental Disease*, ha identificato 20 articoli pubblicati dal 1987 al 2010 sulla comorbidità fra disturbi di personalità e Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato e *Binge eating* Disorder. Su quest'ultimo, gli studi recensiti sono 9, per un totale di 838 soggetti, la maggior parte provenienti da campioni presi dalla popolazione generale. I dati indicano come il disturbo di personalità Evitante fosse prevalente negli studi sui soggetti BED, seguito da Borderline e Ossessivo-Compulsivo, mentre in misura molto ridotta risultava la comorbidità con i disturbi di personalità schizotipico, schizoide, e istrionico.

I sintomi hanno la funzione di "organizzare" concettualmente il disturbo, per cui sintomi, segni e sindromi diventano degli "organizzatori psicopatologici", intesi quindi come "schemi sintetici di comprensione, che conferiscono una significatività unitaria a gruppi di fenomeni psicopatologici che occorrono nella stessa persona" (Stanghellini, Rossi Monti, 2009, p. 99). L'obiettivo della diagnosi nosografico-descrittiva è, quindi, rilevare i sintomi del paziente a fini classificatori: di conseguenza, i dati raccolti godono di alcune caratteristiche che sono diverse da quelle dei dati raccolti per comprendere l'evoluzione del disturbo psicopatologico e, quindi, la specificità del funzionamento dell'individuo. Di questo si occupa la diagnosi psicologica, oggetto del Capitolo 2.

## Capitolo 2

### Alcuni problemi diagnostici: dalla struttura al funzionamento

“Fondamentale comprendere in quale modo i processi mentali, che sono immateriali, possano influire sul corpo e sul brain e viceversa” (Bolton, Hill, 2003, p. 2)

#### 2.1. Diagnosi psicologica

Oggetto della diagnosi in psicologia clinica è lo "star male" della persona, che può essere variamente declinato come malattia mentale, disagio, sofferenza e assumere connotazioni più specifiche - come, ad esempio, disturbo di personalità o disturbo emotivo o cognitivo o relazionale – a seconda del vertice osservativo in cui si pone il clinico.

La finalità principale di una diagnosi è comprendere "come il paziente si è ammalato e quanto è ammalato, perché si è ammalato e a cosa gli serve la malattia" (Menninger, Mayman, Pruyser, 1963, p. 7).

La diagnosi psicologica usa come parametro non tanto un criterio di salute mentale o di malattia, quanto il livello di sofferenza lamentato dal paziente e/o dai suoi familiari (Bolton, in Kendler, Parnas, 2012, p. 10). Questa diagnosi considera costrutti presenti trasversalmente a diversi modelli (ad esempio, cognizione, affetti ecc.) o specifici di alcuni modelli della mente come, ad esempio, le convinzioni patogene, cogliendo sia il quadro patologico che emerge in quello specifico momento che la linea evolutiva del disturbo stesso (sincronia e diacronia).

Il disagio riportato dal paziente può essere in parte determinato dal fatto che o il funzionamento della persona nella sua globalità o alcune singole funzioni possono aver raggiunto, per diverse ragioni, un livello di sviluppo diverso da quello atteso e/o sono possibile causa di modalità disfunzionali. Si configura, pertanto, una sorta di arresto evolutivo in alcune aree, che non ne ha permesso uno sviluppo adeguato/adattivo. Il rationale sotteso a questa affermazione è la teoria di Werner, psicologo tedesco che appartiene alla psicologia della Gestalt e si oppone sia all'associazionismo sia al modello stimolo-

risposta. Dopo un breve periodo di lavoro ad Amburgo, si trasferisce negli Stati Uniti, dove, tra gli altri lavori, pubblica *Comparative Psychology of Mental Development*, opera che avrà grande rilevanza e influenzerà non solo le ricerche sullo sviluppo cognitivo infantile, ma anche il lavoro dei neurologi. Nel suo lavoro sostiene che “Gli eventi psicologici sono processi i quali si vengono sviluppando nel tempo [...] e come tali sono processi che passano attraverso vari stadi di sviluppo. Questo sviluppo [...] può verificarsi nel tempo di un solo secondo, o di una piccola frazione di secondo; oppure, come nel caso di processi intellettuali, può continuare per un periodo di tempo considerevole, e in certe condizioni forse per giorni e settimane” (Werner, 1940, tr. it. pp. 36-37). Esiste il rischio – come sottolinea Werner (1937) – che si presti attenzione solo ai risultati, tralasciando i processi o le operazioni sottostanti. Le ricerche sperimentali permettono di avere uno spaccato trasversale (*cross-section*) del fenomeno oggetto di indagine e non una visione di unità più ampie di attività, che peraltro sono le uniche che permetterebbero di ricostruire i processi sottostanti. Da qui la necessità che la diagnostica – come poi sosterranno anche i neurologi che aderiscono al *Boston Process Approach* - non si limiti a valutare la specifica funzione come presente vs assente, ma faccia una valutazione che tenga conto che il processo evolutivo come unitario, ma come composto da singoli processi che possono comparire in momenti diversi. Introduce il concetto di “funzionamento analogo”, secondo cui uno stesso atto osservabile può essere mediato da meccanismi causali diversi. I processi mentali si possono studiare anche prendendo in esame la funzione psicologica quando subisce un tracollo. Questo perché, i livelli di funzionamento inferiori permangono nonostante compaiano quelli superiori. In condizioni particolari (ad esempio, a fronte di un aumento dello stress), l'organismo può ricorrere a livelli di funzionamento più bassi anche se ha a disposizione livelli più elevati. In generale, l'individuo più maturo ha a disposizione un numero maggiore di funzionamenti evolutivi di quanti non ne abbia l'individuo meno maturo. È proprio a causa della presenza di livelli diversi che è possibile oscillare tra progressione e regressione, pur rimanendo all'interno del livello che contraddistingue l'individuo maturo. Lo sviluppo, definito come un aumento nella differenziazione e nell'integrazione gerarchica, è, idealmente, continuo. Se si guarda a casi concreti, però, ed esaminiamo forme specifiche e processi che sono evidenti nel corso dello sviluppo, troviamo inevitabilmente dei cambiamenti che sono discontinui, cioè improvvisi o saltatori. Le variazioni quantitative che si verificano possono essere graduali o repentine. I cambiamenti qualitativi sono per loro stessa natura bruschi, possono emergere nuove forme che non sono riconducibili alle forme delle fasi precedenti e possono essere evidenti stadi intermedi tra le forme precedenti e quelle successive, a conferma di un apparente “gap” nell'evoluzione (Witkin, 1965, p. 315).

La valutazione del funzionamento - a differenza di quella che si basa su costrutti misurati secondo una logica dicotomica (presente/assente) – apre quindi la possibilità a una valutazione del paziente finalizzata a rilevare possibili modificazioni in atto e che si contrappongono a funzionamenti più rigidi.

Le modalità di funzionamento psichico - che si evince dall'elaborazione delle informazioni e dalla costruzione della realtà, dalla regolazione emotiva e dalla qualità delle rappresentazioni di Sé e degli altri - possono essere diverse. La variazione del livello di uno di questi parametri diagnostici comporta la variazione anche del livello degli altri parametri (principio della covariazione; Auerbach et al., 2002). Peraltro, in altri termini e partendo da presupposti teorici differenti, la stessa McWilliams (2012), come peraltro la Peebles (2012) e Bram e Peebles (2014) - sostengono la necessità di evitare di valutare singole variabili, isolandole dal contesto, poiché, anche se può sembrare un metodo per garantire l'ateoreticità, esiste il rischio di trattare un dato pattern sintomatico come qualcosa a sé stante, piuttosto che come espressione dell'individualità complessa e unica del paziente.

L'attenzione quindi, nel corso di un assessment che si propone di individuare possibili modalità di funzionamento del paziente, che in qualche misura, permettono di comprendere meglio il razionale che lo porta alla messa in atto di alcuni comportamenti apparentemente disfunzionali – come nello specifico il binge-eating – deve essere rivolto non tanto alla struttura ma al funzionamento del soggetto.

Per quanto riguarda la struttura, sono state proposte svariate le definizioni (Schafer, 1976; Rapaport, 1960; T. Shapiro, 1991; Horowitz et al., 1993). Rapaport (1957) considera la struttura l'equivalente di "organizzazioni quasi permanenti", che non si possono direttamente misurare, ma sono inferite attraverso l'agire della persona, da cui si evincono le caratteristiche di organizzazione, di congruenza e di permanenza della struttura stessa. Solo se le funzioni attribuite alla persona sono sufficientemente organizzate e integrate, le sue capacità si manifesteranno in pattern a loro volta organizzati e congrui.

Secondo Guttman (1973, p. 75), la struttura permette "di comprendere la natura delle forze coesive o organizzanti che mantengono una persona in una situazione di integrazione in modo che possa stare in relazione con successo nel suo ambiente". Si tratta, pertanto, di "costruzioni teoretiche che presentano diversi livelli e gradi di complessità e di organizzazione" (Meissner, 2000, p. 283).

I parametri più frequentemente impiegati per valutare la struttura sono il livello di integrazione degli elementi che lo compongono (cognitivi, affettivi e comportamentali) e i livelli di organizzazione della stessa che, secondo consenso generale sono tre: livello nevrotico, livello intermedio denominato disturbo del carattere o disturbo di personalità (Bornstein, 2006) che Kernberg (1975; 1984) definisce organizzazione borderline di personalità, e il livello che coincide con una modalità di funzionamento psicotica. Alcuni autori aggiungono un quarto livello costituito dall'organizzazione di personalità sana, ossia una struttura di funzionamento psichico che presenta buone capacità di adattamento al trauma e allo stress ed è in grado di trovare soluzioni adeguate per farvi fronte (Sweet, 2011; Westen et al., 2006).

Numerosi sono gli studi in letteratura sulle modalità di funzionamento psicologico dei pazienti con Disturbo da Binge Eating, che mettono in luce specifiche problematiche cui possono essere sottese

specifici (mal)funzionamenti in aree diverse. Il problema che il clinico deve affrontare è duplice: da una parte oggetto di indagine sono gli aspetti che abitualmente vengono indagati in un processo di assessment poiché si ritiene che concorrano sia pure in diversa misura allo star bene del soggetto. Ci riferiamo all'esame di realtà e la capacità di far fronte agli impulsi; il coping e le difese; gli affetti e la capacità relazionale, strettamente collegata alle rappresentazioni del Sé e dell'altro.

Dall'altra si tratta di riuscire a coniugare aspetti specifici che contraddistinguono il disturbo e che in qualche misura presentano una sovrapposizione con le aree abitualmente indagate. In questo caso ci riferiamo a tutti a quegli aspetti che sono stati individuati dai diversi ricercatori in quanto possibili elementi che contraddistinguono il funzionamento psicopatologico delle persone affette da binge eating.

Ad esempio, diversi autori fanno riferimento al "distress" relativo al binge eating. Si parla di "distress" quando il paziente sperimenta sentimenti sgradevoli nel corso dell'episodio di binge e dopo l'episodio stesso, unitamente a preoccupazioni relative alle conseguenze a lungo termine che questi episodi possono avere sul peso, l'aspetto corporeo e l'autostima. L'introduzione di un criterio di questo tipo, che dovrebbe ridurre i falsi positivi in cui si incorre impiegando i self-report, pone diversi problemi perché - come ricordano Mitchel (et al., 2008) - non è chiaro come misurare il "distress", ci si domanda se sia sufficiente il fatto che il paziente riporti questa sua condizione oppure se la presenza/assenza di questa condizione debba essere inserita in base a un impairment del funzionamento del paziente nelle situazioni sociali o in contesti lavorativi a causa del binge-eating.

## 2.2. Al di là dei modelli: i costrutti in gioco

Il costrutto psicologico è definito come "[...] Un'idea teorica sviluppata per spiegare e organizzare alcuni aspetti della conoscenza esistente. [...] il costrutto è qualcosa di più di un'etichetta: è una dimensione che si capisce o si inferisce dalla sua rete di interrelazioni." (Standards for Educational and Psychological Tests and Manuals; APA, 1974, p. 29).

Esiste una stretta connessione tra domini funzionali e costrutti. I costrutti, infatti, sono in parte sovrapponibili ai domini funzionali di Westen (et al., 2006) e sono concepiti come variabili continue, contraddistinte da due caratteristiche: un diverso livello di informatività, cioè in quale misura il costrutto è un indice di uno o più funzionamenti che definiscono il quadro patologico, e il livello di gravità, valutato

in base al grado di disfunzionamento in ambito sociale, unitamente al rischio di causare un danno a sé o ad altri (Ruggeri et al., 2000; Kessler et al., 2001).

Questi fattori, e la loro linea evolutiva, concorrono allo sviluppo sano vs psicopatologico di un individuo, unitamente a fattori biologici e temperamentali (Caspi, Moffitt, 2006; Krueger, Markon, 2006; Plomin, Caspi, 1999; Rutter, et al., 2006). Pertanto, la loro valutazione ha un valore predittivo rispetto all'evoluzione della persona e della sua psicopatologia (Blatt, 1991; Bornstein, 2003; Bornstein, O'Neill, 1992) e costituisce un quadro di riferimento per la processualità della relazione terapeutica e le dinamiche interpersonali tra clinico e paziente.

Il loro peso come indicatori di psicopatologia cambia in base al quadro clinico considerato (il disturbo che il paziente lamenta) e ai modelli etiopatogenetici a disposizione, che ne determinano il potere esplicativo.

Il funzionamento della persona come risultante dei singoli costrutti permette di rilevare punti di forza e di debolezza del paziente con l'obiettivo finale di pervenire a una definizione del tipo di intervento più adatto per quel paziente e dei possibili foci del trattamento (Trimboli, Farr, 2000).

In linea con quanto sostenuto da Hempel sull'importanza di avvalersi di criteri operazionalizzati - per non lasciar spazio ad ambiguità e interpretazione e affinare la specificità diagnostica per giungere a una migliore comprensione dell'etiologia del disturbo (Zubin, 1961) - pervenire a una definizione puntuale e consensuale del costrutto che si vuole misurare permette di ovviare a un duplice problema presente nell'assessment: 1) si possono osservare le stesse manifestazioni cliniche, ma - se non sono operazionalizzate - c'è il rischio che il clinico crei indebite equivalenze basandosi sull'analogia dell'etichetta; 2) si possono impiegare strumenti diversi che denominano in maniera analoga i costrutti che si vogliono misurare, senza aver accertato la loro effettiva commensurabilità, ma limitandosi a un confronto superficiale sulle loro definizioni (Pace, Brannick, 2010).

Un disfunzionamento nell'area degli affetti, ossia problemi legati al mondo delle emozioni o della regolazione emotiva, caratterizza più del 75% dei criteri diagnostici di psicopatologia presenti nel DSM (Kring et al., 2010). Il costrutto della regolazione emotiva è stato oggetto di grande interesse fra gli studiosi di disturbi alimentari (Nandrino et al., 2006; Overton et al., 2005; Sim et al., 2006; Corstorphine et al., 2007; Markey et al., 2007; Vansteelandt et al., 2007; Whiteside et al., 2007; Guiducci, 2009). Esso, tuttavia, non trova in letteratura una definizione unanime (Palvarini, 2013): diversi sono infatti gli autori che tentano di spiegare cosa si intenda con "processi di regolazione emotiva". Il dibattito sul tema non è oggetto del presente lavoro. I processi di regolazione degli affetti possono essere intesi come comportamenti, abilità e strategie, che possono essere sia consci che inconsci, automatici o controllati, messi in atto con la finalità di modulare, inibire e incrementare le esperienze emotive e la loro

espressione (Calkins e Hill, 2007; Gross e Thompson, 2007; Eisemberg, Hofer, e Vaughn, 2007; Rothbart e Sheese, 2007).

Numerosi sono i dati in letteratura che indicano come, accanto a variabili di ordine biologico, psicologico, familiare e socioculturale il nucleo eziopatogenetico del Binge Eating Disorder risieda in un disturbo di questo tipo (Bruch, 1962; 1973; Geist, 1989; Goodsitt, 1983; Telch & Agras, 1996; Taylor, Bagby & Parker, 1997; Polivy & Herman, 2002; Masheb & Grilo, 2006; Whiteside et al., 2007; Bastianelli, Vicentini, Spoto & Vidotto, 2007; Vinai & Todisco, 2007; Tanofsky-Kraff et al., 2007; 2008; Malagoli Togliatti et al., 2008; C zaja e coll., 2009; Guiducci, 2009; Compare, Grossi et al., 2012).

Una menomazione a livello della regolazione degli affetti sarebbe la caratteristica centrale nella teoria formulata da Taylor, Bagby e Parker (1997; 2000) secondo i quali i disturbi dell'alimentazione sarebbero considerati come disturbi dell'autoregolazione.

In quest'ottica, i pazienti BED ricorrerebbero al cibo come manovra difensiva, allo scopo di compensare la menomazione riguardante la propria regolazione affettiva (Taylor et al., 1997; 2000), anche visto come un tentativo di ristabilire una forma di autoregolazione (Goodsit, 1983). Gran parte degli studi sui soggetti BED si concentrano sugli elementi che determinano il comportamento dell'abbuffata, tra cui, soprattutto, sperimentare emozioni negative (Stice e collaboratori, 2000; Wagner et al., 2002). I primi studi su questo fenomeno riguardano il comportamento delle abbuffate nella popolazione bulimica (Van Strien et al., 1995), per poi giungere e ben presto sono stati verificati anche sulla popolazione binge eaters, che presentava questa tendenza in misura maggiore rispetto ai soggetti di controllo (Eldregde et al., 1996; Masheb & Grilo, 2006).

Questi soggetti non sarebbero in grado di tollerare affetti negativi intensi, risultando incapaci di bilanciarli con affetti di tono positivo in modo autonomo, ossia senza ricorrere ad atti comportamentali o ad oggetti esterni – cibo o, ad esempio, uso di sostanze, somatizzazione, disorganizzazione comportamentale ecc. – (Porcelli, 2004). Difficoltà nella gestione e nella regolazione di stati d'animo negativi risultano, quindi, associate agli episodi di perdita di controllo nei binge eaters, e sembrano contribuire al loro stesso mantenimento, sia in adolescenza sia in età adulta.

Tali comportamenti rappresenterebbero delle vere e proprie difese volte alla modulazione degli affetti disforici (Taylor et al., 1997; Guiducci, 2009). In questo quadro, infatti, il cibo placerebbe l'intensità emotiva in balia della quale si trova il soggetto, arginando l'impatto dello stress (Vinai, 2007).

Nello specifico, risultati ottenuti da differenti disegni di ricerca individuano l'ansia, tra le varie emozioni, come quella che più frequentemente si associa agli eccessi alimentari (Masheb & Grilo, 2006; Tanofsky-Kraff et al., 2007). Altre emozioni disforiche individuate connesse alle abbuffate risultano, oltre all'ansia,

umore depresso, senso di solitudine e rabbia (Fassino,2004; Masheb et al.,2007; Czaja, Rief e Hilbert, 2009).

Nel corso degli ultimi anni, per riferirsi alla tendenza a iperalimentarsi in risposta alle emozioni negative è stato coniato il termine “Emotional Eating” (Van Strien et al., 1995; Pinaquy et al., 2003; Ricca, Castellini & Faravelli, 2009), come strategia attraverso la quale il soggetto tenta di fronteggiare, e “combatte” gli eventi stressanti o emotivamente significativi della sua vita e della sua quotidianità (Compare, Grossi et al., 2012).

Compare & Grossi (2012) individuano le emozioni che più spesso si associano all’Emotional Eating: rabbia, verso sé, gli altri, particolari contesti o condizioni; disperazione, in termini di sfiducia generale sulla propria condizione (nulla potrà mai andare bene, niente cambierà mai), come a essere arreso al proprio destino; strettamente connesso a quest’ultimo è la sensazione di non avere il controllo sulla propria vita, in l’unica cosa che pensa di poter controllare è il cibo, ragione per cui ha la convinzione di poter mangiare ciò che vuole, quando lo desidera. A questi aspetti si aggiungono i sentimenti connessi al basso valore riconosciuto a sé e la “noia”, intesa come il sentimento di vuoto che può sperimentare, argomenti del prossimo paragrafo sulla percezione di sé.

A lungo termine, può crearsi un circolo vizioso nel quale le emozioni portano a abbuffarsi e l’abbuffata genera a sua volta sentimenti negativi, di colpa e vergogna, sconforto e demoralizzazione (Compare, Grossi et al., 2012), rinforzando il pattern disfunzionale e la sensazione di trovarsi in una condizione di immutabilità.

E’ possibile, inoltre, che anche le emozioni positive, possano scatenare un’abbuffata, a dimostrazione del fatto che, a prescindere dalla valenza negativa/positiva di un evento, se esso è percepito come ingestibile da parte del soggetto, può rappresentare una fonte di stress (Zoppi, 2012). Si ipotizza, quindi, che un soggetto con BED presenti una generale scarsa tolleranza alle emozioni (Vinai, 2007; Guiducci, 2009), con un’alta suscettibilità di fronte ai più svariati eventi della vita, anche a quelli che potrebbero non essere considerati particolarmente stressogeni (Lo Sauro, Ricca, Batini et al., 2006).

Un corpo robusto di ricerche ha mostrato che gli individui con BED, così come in generale i soggetti con un Disturbo dell’Alimentazione, presentano deficit specifici nell’identificazione e descrizione degli stati affettivi rispetto ai controlli sani (Nowakowsky et al., 2013): molti soggetti, infatti, raccontano che le abbuffate nascono in risposta a stati emotivi interni che, tuttavia, non sono in grado di descrivere.

Il riconoscimento delle emozioni sperimentate è fondamentale per lo sviluppo di strategie per modularli e regolarli in modo efficace (Saarni, 1999). Come scrivono Sim & Zeman (2004), infatti, “senza la capacità di riconoscere l’emozione che si sta provando, la scelta di una strategia che la possa alleviare sarà

casuale o basata su una sua risoluzione momentanea, su una gratificazione immediata, a breve termine, e per tale ragione risulterà inadeguata” (Sim & Zeman, 2004, pag. 767; citato in Witheside et al., 2007, pag. 167).

A tale proposito, numerosi sono gli studi che indicano la presenza di alessitimia nei soggetti con Disturbo da Binge eating (Pierloot et al., 1988; Taylor et al., 1996; Cochrane et al., 1993; Rastam et al., 1997), intesa come una marcata difficoltà nel riconoscere, esplorare ed esprimere i propri vissuti interiori.

Attualmente, tale costrutto viene considerato come una dimensione clinica transdiagnostica che caratterizza non solo quadri psicopatologici specifici, ma anche varie forme di disturbo psicofisiologico, rappresentando un fattore di rischio per il benessere psichico e fisico degli individui (Caretto et al., 2005).

La presenza di alti livelli di alessitimia sembra peggiorare il quadro clinico dei soggetti con BED (Yanovski et al., 1993; Morosin et al., 1997), in termini di più alti livelli di adiposità, peggiore valutazione del proprio aspetto fisico e soddisfazione per il proprio corpo, e maggiori sintomi depressivi (Hayaki et al., 2002; Wheeler et al., 2005).

Concepito in maniera dimensionale anziché categoriale, i dati riguardanti la presenza di alessitimia fra i soggetti con BED sono discordanti e variano fra il 24 e il 63% (de Zwaan et al., 1995; Pinaquy, 2003; Carano, 2006).

A livello prognostico, soggetti BED alessitimici rispetto ai soggetti BED non alessitimici rispondono meno ai trattamenti psicoterapeutici e nutrizionali, mostrando tassi di drop-out molto più elevati.

L'esperienza emozionale soggettiva, sottolinea dunque Di Pasquale (2000), è fondamentale nel definire episodi di binge eating, anche se in questi soggetti le difficoltà di regolazione emotiva sono trasversali e non limitate ai periodi di tempo precedenti agli episodi di abbuffata (Guiducci, 2009).

Lo sviluppo di adeguate competenze nella regolazione degli affetti, così come la percezione e le rappresentazioni di se stessi, sono strettamente connesse alla strutturazione del Sé di una persona.

“Cos'è il Sé? Consideriamolo come sede dell'identità” (Ciocca, 2013, pag. 11).

Si tratta di un concetto proveniente dalla filosofia introspettiva, di cui è difficile trovare un termine consensuale per la sua definizione: in una rassegna della letteratura, Strawson (1999) ha elencato almeno ventuno diversi concetti del sé. Tale tema non è oggetto del presente lavoro.

Esso è l'esito di un processo multifattoriale, che comprende aspetti genetici e biologici, la maturazione delle strutture neurologiche, unitamente all'influenza su queste svolta dalla relazione primaria (XX).

In questo quadro, l'incapacità genitoriale di sintonizzarsi e "leggere" lo stato mentale del bambino, e coglierne l'esperienza interna a partire dal suo comportamento, dai suoi segnali, determinerebbe il mancato sviluppo di un Sé sufficientemente strutturato e la maturazione di quello che Bruch (1973) denomina "deficit di apprendimento primario", per il quale il soggetto è incapace di riconoscere le proprie emozioni e distinguere le stesse dalle sensazioni corporee.

In questo senso, i disturbi alimentari nascerebbero da un mancato contatto emozionale tra caregiver e bambino, in seguito al quale il cibo assumerebbe la funzione di regolazione delle emozioni e strutturazione del Sé (Bruch, 1962; 1973; Selvini Palazzoli, 1981; 1984; Pearlman, 2005; Di Luzio, 2010a; 2010b).

Queste carenze determinano vissuti di inadeguatezza che possono essere trasferiti sul corpo: in questo senso, le abbuffate colmano il vuoto ed esprimono un sentimento di rabbia nei confronti del sé fragile, quindi negativo. Dominanti nei soggetti BED, infatti, sono i sentimenti di inadeguatezza e impotenza, con la convinzione di non valere e bassi livelli di autostima (Stice et al., 2000), che predicono episodi di perdita di controllo ed abbuffate, e sono influenzati fortemente dal peso e dalle forme corporee (Ramacciotti et al., 2000)

Il rapporto mente-corpo è un tema centrale nei disturbi alimentari e in altri disturbi che coinvolgono il soma (disturbo da somatizzazione, disturbi psicosomatici ecc.). Secondo alcuni autori, fra cui Varela, Thompson, Rosch (1991), il Sé è innanzitutto corporeo, inteso come un dialogo continuo corpo-mente che sostiene e nutre l'esperienza soggettiva. A tale proposito, interessante è il contributo dei recenti studi di neuroimaging che mostrano le alterazioni neurologiche presenti in alcuni quadri clinici, ad esempio a livello sensoriale nelle pazienti anoressiche (Ciocca, 2013).

Nel quadro descritto, riguardo alla connessione mente-corpo, in alcuni di questi studi su ciò che innesca l'abbuffata rientrano le sensazioni legate alla stanchezza (Fassino, 2004; Masheb et al., 2007). Inoltre, la coesistenza di una deprivazione di cibo può accrescere la possibilità che si verifichi un episodio di abbuffata (Stice et al., 2002; Stein et al., 2007), ossia avrebbe una funzione modulatrice sulla presenza e la frequenza delle abbuffate, attraverso il suo legame con i sentimenti negativi (Bastianelli et al., 2007). Si ricorda che non vi è alcun legame diretto tra restrizione calorica e Binge-eating Disorder, a differenza di quanto avviene per gli altri disturbi alimentari.

Le teorie contemporanee sulle emozioni enfatizzano l'influente importanza di queste nella selezione degli stimoli, nell'interpretazione di questi, nell'organizzazione delle risposte fisiologiche, motorie e comportamentali, nel processo decision-making, con un impatto sulla memoria e sulle competenze a livello di interazioni interpersonali (Gross & Thompson, 2007; Kring et al., 2010) Tali dati sono stati confermati dalle ricerche di neuroimaging.

Le difficoltà emotive sopra descritte, unitamente alla presenza di maggiori livelli di psicopatologia rispetto ai soggetti non Binge-eaters, potrebbero interferire con un adeguato modo di elaborare, percepire e interpretare la realtà esterna (e i comportamenti altrui), e, in generale, ad avere un adeguato esame di realtà.

L'impulsività è un tema centrale nei soggetti con BED, che appaiono incapaci di tollerare l'attesa, chiedendo che tutto avvenga in maniera immediata, in una logica del qui e ora. Questa modalità interferisce con il pensiero logico e non permette di ponderare le scelte da operare, contribuendo a un pensiero dicotomico "tutto o nulla", che li porta a non avere costanza nelle attività intraprese e ad interrompere subito il percorso terapeutico volto al calo ponderale, ponendosi obiettivi irrealistici (Vinai, 2007).

A livello di controllo, si delinea una generale vulnerabilità del soggetto con BED. Moore e colleghi (2006) hanno analizzato complessivamente i fattori stressanti presenti nei soggetti con BED (cambiamenti negativi di vita, conflittualità familiare, difficoltà lavorative, commenti critici sulla forma e il peso corporei, ecc.) riscontrando una correlazione diretta tra stressor e dinamiche di bingeing.

Il quadro della disregolazione emotiva sopra descritto, infatti, unitamente alle interferenze verso la lettura del mondo esterno si possono tradurre in difficoltà relative alle strategie di coping focalizzata sulle emozioni (Whiteside et al., 2007; Wisner & Telch, 1999), con la messa in atto di modalità disadattive e poco sofisticate di affrontare gli stressor provenienti dall'esterno.

La capacità di regolazione emotiva coinvolge anche una dimensione intersoggettiva poiché le relazioni con gli altri forniscono una regolazione interpersonale degli affetti in senso positivo (ad es. induzione di calma e rilassamento) o negativo (perdita, aggressività, tensione) (Porcelli, 2004).

Nei soggetti con BED, il sé è eterodefinito: essi, infatti, ricercano continuamente l'approvazione nello sguardo dell'altro (Guidano, 1988, Bara e Stroppa Beretta, 1996), e ritengono che migliorare la propria immagine corporea permetterebbe loro di raggiungere tale obiettivo autostima (Vinai, 2007; Vinai, Cardetti, et al., 2010). Si delinea una condizione di fragilità, in cui il giudizio personale viene a coincidere con quello sociale con il quale ci si identifica (Faccio, 1997), portando il soggetto a sperimentare alti livelli d'ansia e una attenzione focalizzata sugli aspetti considerati negativi di sé.

La visione svalutata di sé influenza profondamente le relazioni interpersonali, determinando o un'eccessiva ricerca di accudimento o ad accudirlo a loro volta per il timore di essere abbandonate (Guiducci, 2009).

Scegliere di pervenire a una diagnosi nosografico-descrittiva o a una diagnosi funzionale, quindi, orienta il clinico rispetto al punto di osservazione da cui guardare il paziente e i suoi sintomi e, di conseguenza, determina la scelta di quali strumenti utilizzare in ambito psicodiagnostico.

Il problema di “quali strumenti per quali costrutti” sarà oggetto del Capitolo 3.

## Capitolo 3

### Quali strumenti per quali costrutti

Alcune volte, i termini diagnosi, assessment e testing sono impiegati in maniera intercambiabile. Tuttavia, essi, si riferiscono, in realtà, a diversi livelli e a diverse modalità di integrazione dei dati (Weiner, 2003).

Gli strumenti di cui il clinico si avvale per una diagnosi possono corrispondere solo in parte a quelli impiegati dallo psicologo impegnato in un *assessment*, che privilegia la somministrazione di test per valutare la complessa serie di fattori disposizionali e situazionali che si combinano fra loro nel formare l'esperienza soggettiva unica del paziente, i pattern emotivi, le motivazioni, le difese e le strategie di coping (Huprich, Bornstein, 2007; Lang et al., 2013). In quest'ottica, un buon assessment è una valutazione più approfondita e complessa, e richiede la capacità di integrare e chiarificare le ambiguità emerse dai diversi test (Bornstein, 2010). Come Bornstein sottolinea, quindi, "la diagnosi è la chiave della comprensione della patologia del paziente, mentre l'assessment è la chiave per comprendere la persona con questa patologia" (Lang et al., 2013).

Gli oggetti dell'assessment non sono definibile a priori: il clinico sceglie le aree da indagare in base a ipotesi cliniche. Esistono, quindi, due livelli: la scelta dell'area di indagine o del costrutto da indagare, e la scelta di uno strumento che sia congruo con il modello teorico che è il quadro di riferimento prescelto dal clinico.

I parametri impiegati nel corso di un *assessment* possono cambiare denominazione secondo l'orientamento teorico dell'autore, a seconda del quale si attribuisce maggiore o minore importanza ad alcune variabili in rapporto al modello etiopatogenetico privilegiato. Tuttavia, se si confrontano i diversi costrutti impiegati da autori che hanno orientamenti teorici differenti, si evidenziano delle aree di sovrapposizione, da cui emerge che i costrutti importanti a fini diagnostici sono: l'esame di realtà e la capacità di far fronte agli impulsi; il *coping* e le difese; gli affetti e la capacità relazionale strettamente collegata alle rappresentazioni del Sé e dell'altro (Lang, in press).

### 3.1. La definizione dell'oggetto da misurare e lo strumento

Data la complessità intrinseca dell'assessment, quindi, si impone, da un lato, la necessità di definire l'oggetto di misura, così da lasciare poco spazio a possibili confusioni - da qui l'esigenza di operationalizzare i costrutti misurati - e successivamente, quella di scegliere se si vuole misurare il livello esplicito o implicito del soggetto rispetto all'oggetto di studio (McClelland et al., 1989). In altre parole, si pone, inevitabilmente, il problema della misurazione, che ha da sempre contraddistinto la psicologia.

Il clinico deve domandarsi se il test possa effettivamente rilevare quello che si vuole misurare. A tale proposito, come afferma Gottfredson (2009, p. 187) “[...] il test deve solo mettere in moto l'abilità in modo da produrre risposte osservabili e quantificabili [...] (i test) devono provocare un fenomeno che non si vede in modo che questo si sveli attraverso i suoi effetti sul comportamento. Il test deve mettere il costrutto ipotetico in atto in modo da provocare esiti osservabili”.

Data la difficoltà di definire e circoscrivere con precisione l'oggetto da misurare, soprattutto se si tratta di un processo complesso, si assiste al problema di dover conciliare oggetto da misurare e strumento. Di solito, i fenomeni che si vogliono misurare sono di due tipi: alcuni possono essere direttamente osservati o percepiti (i processi semplici), altri possono solo essere osservati indirettamente (ad esempio, l'intelligenza, gli affetti, ecc).

La criticità dell'oggetto da misurare rispetto al Disturbo da Binge-Eating è già emersa nel Capitolo 1, quando si è descritta la difficoltà a misurare gli episodi di binge-eating. I motivi sono diversi: criteri male operationalizzati e una molteplicità di strumenti per la valutazione del costrutto (si vedano i paragrafi successivi). A questo, si aggiunge il fatto che l'interpretazione dei dati che emergono dai diversi studi è estremamente problematica a causa delle incongruenze tra le misure (Wilson, 1993)

Strumenti di valutazione clinica che misurano un costrutto da diversi punti di vista possono fornire prospettive differenti sul funzionamento generale dell'individuo, oggetto di indagine.

Alcune volte si verifica che, grazie alla quantità dei dati raccolti con quello strumento, si imponga il ricorso a una misurazione singola e che la descrizione del costrutto in base a quella misura sia accettata dalla comunità scientifica. Questo si trasforma in un problema per diversi motivi: i ricercatori non cercano una definizione migliore dell'oggetto misurato e non si preoccupano di migliorare lo strumento di misura. Il risultato è che ci si occupa di un fenomeno che, così come descritto, non esiste in natura.

Un corretto impiego dei test prevede che il clinico abbia chiaro sia la finalità per cui sceglie gli strumenti sia la popolazione cui sono rivolti, considerando, ad esempio la differenza fra strumenti di screening

finalizzati alla diagnosi da quelli prognostici, oppure il test in rapporto all'età dei soggetti o alla comorbilità con altri disturbi psichiatrici che possono incidere sul risultato che si ottiene.

Di solito si ritiene che gli strumenti di screening per uno specifico disturbo costituiscano una categoria omogenea di strumenti. In realtà, ad esempio nell'ampia categoria degli strumenti di screening per i disturbi alimentari, è necessario differenziare gli strumenti che si propongono di individuare possibili casi affetti da disturbo (strumenti finalizzati alla diagnosi) dagli strumenti impiegati per individuare probabili soggetti con un alto rischio di sviluppare il disturbo (strumenti prognostici). Poiché le due tipologie di strumenti hanno obiettivi diversi, bisogna verificare che la loro validazione sia avvenuta seguendo metodologie differenti (Kraemer, 1992)<sup>3</sup>. Purtroppo molti di questi strumenti sostengono di rispondere a finalità prognostiche e diagnostiche (Jacobi, Abascal et al., 2004), ragione per cui si crea un'indebita confusione.

### 3.2. Il multimethod assessment

Uno dei primi problemi che si pone al clinico è quello di scegliere strumenti che siano congrui con l'oggetto che si vuole misurare. Diventa fondamentale, quindi, selezionare un'adeguata batteria di strumenti scelti tra gli innumerevoli test a sua disposizione. I vantaggi di un multimethod assessment sono da tempo stati riconosciuti in psicologia. Tra i primi autori che hanno evidenziato l'importanza di questo approccio ricordiamo il lavoro di Campbell e Fiske (1959). Successivamente il *Psychological Assessment Work Group* della *American Psychological Association* ha continuato a ribadire la necessità che i fenomeni psicologici fossero misurati tenendo conto di prospettive differenti, necessità peraltro sostenuta anche da altri autori (Kubiszyn, Finn, Kay et al., 2000; Meyer, Finn et al., 2001). Questi ultimi, nel loro articolo *Psychological testing and psychological assessment* (2001, p. 150), scrivono "la metodologia ottimale per migliorare la validità di costrutto della ricerca nomotetica consiste nel combinare i dati provenienti da più metodi e da molteplici definizioni operative [...] altrettanto efficace è riconoscere come la validità è massimizzata quando le variabili sono misurate da metodi diversi, in particolare quando i metodi producono discrepanze significative [...], la qualità della valutazione idiografica può essere migliorata da clinici che integrano i dati di più metodi di valutazione".

Non si dovrebbe, quindi, utilizzare un unico test per rispondere ai quesiti posti (Smith, Handler, 2007) perché nessuna modalità di *assessment* condotta senza tenere conto di altre variabili può cogliere la

---

<sup>3</sup> La differenza che esiste tra gli strumenti che si propongono di individuare i soggetti ad alto rischio e quelli che vogliono rilevare i casi affetti dal disturbo è in the timing of obtaining the diagnosis (Jacobi, Abascal, et al., 2004, p. 283).

complessità del funzionamento della persona (Ready, Stiemann, Paulsen, 2001). Il ricorso a differenti tipi di tecniche di valutazione (interviste, tecniche proiettive e test situazionali e di performance) permette di cogliere un diverso livello di egosintonia/egodistonia del disturbo (Murray et al., 1948) e di individuare modalità ricorrenti nel modo di agire o di affrontare le difficoltà o di rilevare comportamenti diversi conseguenti alla diversità degli stimoli proposti.

Se il clinico si avvale di un unico strumento o di un solo metodo di misurazione, aumenta il numero di errori diagnostici: per esempio, quello di privilegiare i sintomi connessi agli aspetti emotivi a sfavore di quelli legati a elementi interpersonali e cognitivi (Meyer et al., 2001, p.150). L'impiego di test differenti può costituire un fattore di correzione nei confronti delle "aree cieche" dei test e le differenze devono essere oggetto di grande attenzione, poiché spesso il paziente presenta delle discontinuità a seconda dei diversi domini di esperienza esplorati (Bornstein, 2002, 2010; Meyer et al., 2001).

### 3.3. Quali strumenti per quali costrutti

I test, se impiegati in maniera corretta, sono strumenti che facilitano la comprensione del paziente e l'individuazione dei foci del trattamento sulla base dei punti di forza e debolezza che emergono dalla prestazione del soggetto (Trimboli, Farr, 2000). Essi permettono, infatti, di vedere come il paziente si comporta in una situazione standardizzata, evidenziando alcune caratteristiche e peculiarità.

Gli stimoli proposti da un test, infatti, che hanno la finalità, come ricordato sopra, di mettere il costrutto ipotetico in atto in modo da provocare esiti osservabili, possono essere più o meno strutturati.

La suddivisione originaria dei test prevedeva la distinzione tra test oggettivi/obiettivi e test proiettivi. Tali categorie, però, nel corso degli anni sono state oggetto di critica a causa della loro scarsa utilità. Diversi i motivi. Tra questi, per citarne alcuni, il cambiamento di atteggiamento verso il termine proiettivo e il meccanismo di proiezioni in genere; l'opzione, in parte dettata da motivi aprioristici, per i test cosiddetti oggettivi e la ricerca di una nuova classificazione, che permettesse di rilevare in maniera più puntuale sia le caratteristiche di singoli strumenti sia altre variabili, non rilevate dagli strumenti, che possono incidere sul risultato.

Uno dei primi problemi nasce proprio dal termine proiettivo e dalle diverse operazionalizzazioni – spesso non chiaramente esplicite – di cui è stato oggetto. L'ipotesi proiettiva, che ha contraddistinto la prima parte del secolo scorso (Frank, 1939, 1948), sostiene che gli stimoli che provengono dall'ambiente sono percepiti e organizzati in base a bisogni, motivazioni, sensazioni e strutture cognitive. Questi processi avvengono al di fuori della coscienza e sono automatici. Schemi mentali pre-esistenti entrano sempre

in gioco nel processo di interpretazione e si applicano a modalità di elaborazione della informazione sia adattive sia disadattive. In un secondo momento il concetto di proiezione è stato circoscritto per cui l'attenzione si è focalizzata su una elaborazione dell'informazione scorretta, e di meccanismi di difesa che portano a una rappresentazione della realtà che è peculiare. Restringere il concetto di proiezione a risposte costruite (shaped) da strutture mentali distorte è limitante perché in questo modo non si considera che la precedente conoscenza influenza tutti gli aspetti di elaborazione dell'informazione (Teglasi, 2013).

In seguito al lavoro di Campbell e di Fiske (1959), l'obiettivo di molti ricercatori è stato di fare in modo che per ogni variabile ci fossero alte correlazioni tra i punteggi dei test oggettivi e di quelli proiettivi (Mischel, 1972; Scott, Johnson, 1972). Poiché questo non si è verificato, l'ipotesi era un problema di validità convergente in uno dei due test o in entrambi (Bornstein, 2002), anche se di solito era il test proiettivo a finire sul banco degli imputati perché si riteneva il self-report uno strumento psicometricamente più forte (Parker et al., 1988; Watkins, Campbell et al., 1995). Secondo McClelland (et al., 1989) è possibile formulare un'ipotesi differente: nonostante test oggettivi e proiettivi misurino lo stesso costrutto, rilevano aspetti diversi della motivazione del soggetto. I test considerati oggettivi misurano i bisogni espliciti, o che la persona si auto attribuisce, cioè quei motivi che la persona riconosce come caratteristici del proprio funzionamento quotidiano. Essi sarebbero costruiti su esplicito insegnamento da parte dei genitori e altri, come ciò che riguarda i valori o gli obiettivi che è importante perseguire per un bambino. I test proiettivi, invece, misurano quelli che gli autori definiscono i motivi impliciti, vale a dire quei motivi che influenzano il comportamento della persona in maniera automatica, spesso senza che questo ultimo ne sia cosciente. McClelland et al. sostengono che i motivi impliciti siano legati a una determinata fase evolutiva specifica, ossia che siano costruiti nell'infanzia, durante le esperienze affettive del periodo prelinguistico: pertanto, test proiettivi fornirebbero una lettura più diretta delle esperienze motivazionali ed emozionali di quello che possono fare i self-report, che vengono filtrati attraverso il pensiero analitico e i vari concetti di sé e degli altri.

Da questa premessa ne deriva che - come sostenuto in un lavoro successivo di Weinberger e McClelland (1990) - i valori dei motivi impliciti dovrebbero predire spontaneamente i trend comportamentali esibiti in un'ampia varietà di situazioni e setting, mentre i punteggi a misure di motivi espliciti dovrebbero predire risposte connesse alle componenti primarie, ossia il comportamento in situazioni dove le implicazioni di una particolare motivazione o bisogno sono altamente salienti per il soggetto.

Sulla base di questa distinzione, McClelland e collaboratori hanno ipotizzato il ruolo di mediatore dei motivi espliciti su quelli impliciti: i motivi impliciti fornirebbero un mezzo attraverso il quale l'individuo può inibire e ignorare delle motivazioni implicite, quando queste non sono adeguate alla situazione.

Alla base dell'ipotesi di McClelland e collaboratori un dato che negli anni successivi è stato oggetto di importanti ricerche (Epstein, 1994; Fazio, 1990; Greenwald, Banaji et al., 2002; Wilson, Lindsey et al., 2000): per elaborare le informazioni che riguardano se stessi, gli altri e il mondo le persone si avvalgono di modalità di pensiero implicite (cioè automatiche e non coscienti) ed esplicite (cioè controllate e coscienti). Queste due modalità di pensiero hanno una diversa evoluzione (McClelland et al., 1989; Teglasi, Epstein, 1998). Le modalità esplicite si sviluppano attraverso l'influenza sociale e si basano sui valori sociali: la persona quindi si fonda su quello che pensa che gli altri si aspetterebbero da lei o quello che ritiene che sarebbe importante in base ai valori sociali della comunità di riferimento (Burton et al., 2006). Come afferma Teglasi (2013, p.117) "I costrutti espliciti di personalità sono attivi in situazioni che sono salienti per quel costrutto, a causa della struttura e degli incentivi". L'elaborazione dell'informazione è intenzionale (effortful) e consapevole (Evans, 2008; Lieberman, 2007): i self-report sono gli strumenti elettivi per la valutazione delle modalità esplicite.

Le modalità implicite si sviluppano in seguito all'esperienza affettiva e alle relazioni interpersonali: esse sono misurate dai test di performance (Teglasi, 2013). Gli strumenti elettivi per valutare le modalità implicite, quindi, sono i performance tasks, in cui l'elaborazione dell'informazione avviene in maniera automatica, al di fuori dalla coscienza (Evans, 2008; Lieberman, 2007). Questa formulazione è congrua con le più recenti formulazioni di "inconscio" in quanto caratteristica della *mind* (James, 1998; Uleman, 2005), che influenza pensieri coscienti e relativo comportamento, inclusa la motivazione, come documentato dai lavori di vari autori (Bargh, Morsella, 2008; Duckworth, Bargh et al., 2002).

### 3.3.1 Strumenti proiettivi o misure implicite?

Vari autori, che pure sono a favore degli strumenti proiettivi, hanno espresso insoddisfazione verso l'impiego di questo termine perché l'idea fondamentale sottesa alla stessa ipotesi proiettiva attualmente è inglobata in contesti teorici molto diversi tra loro (Teglasi, 1998).

Le misure esplicite di personalità – costituite dagli attuali self-report – hanno una bassa correlazione con le misure implicite e hanno una diversa capacità predittiva a seconda dei contesti in cui sono impiegate (Bornstein, 2002; James, Mazerolle, 2002; Kihlstrom, 1999; McClelland et al., 1989; Spangler, 1992).

L'opzione per l'etichetta "personality performance measure" sembrerebbe, quindi, rispecchiare in maniera più adeguata la nuova concezione. A questo, si aggiunge il dato che i test oggettivi, a loro volta, presentano molteplici *bias* e non possono realmente essere considerati misure oggettive dei costrutti

psicologici sottesi (Meyer, Kurtz, 2006). Peraltro, test oggettivi e test proiettivi - come spiegheremo nelle righe successive - rappresentano fonti di informazione equivalenti e intercambiabili (Meyer, Kurtz, 2006). Ulteriore elemento di confusione è il fatto che all'interno della categoria dei test proiettivi nell'arco degli anni sono stati inclusi strumenti molto eterogenei tra di loro, che appartengono a contesti teorici differenti (Lis et al., 2007).

Alcuni autori (Bornstein, 2007; Graham, 2000; Loftus, Davis, 2006) hanno ipotizzato la distinzione tra misure esplicite e implicite, in cui le prime, rappresentate dai self-report, sono quelle che risentono in misura maggiore del fenomeno della "self-presentation" (Lang, in press), cioè che a seconda dello scopo che l'esaminato si propone, può decidere di accentuare i suoi sintomi o minimizzarli. Come sottolinea Bornstein (2007), infatti, la persona, cui si richiede di rispondere a un item che valuta la sua capacità di controllare la rabbia, deve in qualche modo operare una scelta. Nonostante abbia scoppi di rabbia può decidere di rispondere in maniera negativa perché vuole presentarsi sotto una luce positiva. Si può verificare anche una situazione opposta: un individuo può rispondere all'item in maniera affermativa, nonostante non abbia questo problema, perché ha deciso di accentuare i propri aspetti psicopatologici.

### 3.3.2 *Self-attribution e stimulus-attribution*

Nel 2012, Bornstein propone di differenziare tra test *self-attribution* e *stimulus-attribution*, includendo con il termine *attribution* anche i meccanismi neurocognitivi con cui le persone automaticamente attribuiscono significato agli stimoli ambigui. L'etichetta attribuita alla prima categoria, deriva dal fatto che alcuni autori (McClelland et al., 1989) avevano sostenuto che gli strumenti tradizionalmente identificati come oggettivi in realtà valutavano aspetti (es. tratti, emozioni ecc.) auto-attribuiti dal soggetto, cioè "caratteristiche che una persona conosce come essere rappresentative del proprio funzionamento e della propria esperienza quotidiani" (Bornstein, 2012). I test *self-attribution* possono essere a loro volta divisi in due categorie, a seconda se l'oggetto di indagine è un comportamento o un'esperienza nel qui e ora o se si tratta di un pattern. La categoria *stimulus-attribution* comprende test in cui il compito principale richiesto è quello di attribuire un significato a stimoli che possono essere soggetti a molteplici interpretazioni diverse. Rispetto al dibattito sulla presenza e il ruolo della proiezione, l'autore sottolinea come vada riconosciuto che tutte le proiezioni sono di fatto delle attribuzioni (ma non necessariamente il contrario), termine più ampio e onnicomprensivo. Anche questi test sono soggetti al fenomeno della *self-presentation*, ma la possibilità di fornire risposte false risulta molto più difficile (Bornstein et al., 1994).

È importante tenere presente che il processo psicologico che porta il soggetto a rispondere a un test del genere è determinato non esclusivamente dalle caratteristiche di personalità del soggetto, ma anche dalle caratteristiche degli stimoli proposti (Weiner, 2003). Accanto a queste due macrocategorie di test, esistono i *test performance-based*, tra cui l'Implicit Association Test (Nosek et al., 2005) e altre misure neuropsicologiche e dell'intelligenza, che coinvolgono compiti e processi diversi rispetto ai test *stimulus-attribution*, poiché richiedono di effettuare strutturati compiti comportamentali (es. copiare figure da carte, puzzle ecc) e confrontando la performance del soggetto con criteri di punteggio predefiniti. Le risposte a test *stimulus-attribution*, invece, derivano da descrizioni ed elaborazioni aperte degli stimoli del test, come nel test di Rorschach (si veda successiva descrizione dello strumento).

La classificazione dei test proposta finora è basata sull'interpretazione del processo attraverso cui il soggetto perviene alla risposta, che prevede, infine, oltre alle 3 categorie citate (*self-attribution*, *stimulus-attribution*, *performance-based*), altre 3 suddivisioni: *test constructive*, che richiedono al soggetto di creare ("costruire") liberamente prodotti nuovi (come disegni, descrizioni scritte) senza la presenza fisica di stimoli; i *test observational*, usati per esempio per valutare il comportamento di un soggetto in ospedali, classi, ecc.; i *test informant-report*, i cui risultati derivano dalle descrizioni conosciute dal soggetto (Bornstein, 2012).

La categorizzazione dei test esistenti è tuttora fonte di grande dibattito.

Se si riconosce la multicausalità del disturbo psichico, è opportuno individuare gli elementi che contraddistinguono il funzionamento del paziente, cioè rilevare gli aspetti di criticità sottesi al suo disfunzionamento e alle modalità adattative messe in atto. Da qui, la necessità di impiegare più strumenti congiuntamente, magari appartenenti a categorie diverse, sopperendo così alla povertà di informazioni derivante dal solo utilizzo di *self-report* per pervenire a una comprensione globale (*multimethod assessment*) (vedi cap. 2).

Nonostante queste evidenze, sempre più spesso si assiste all'uso di soli questionari *self-report* per verificare e confermare la presenza di una determinata patologia in un paziente, senza prevedere altri strumenti di verifica (Bornstein, 2012). Questa tendenza è ampiamente diffusa anche all'interno del sistema sanitario, data la costante necessità di ridurre costi e tempistiche.

### 3.4. Vantaggi e limiti degli strumenti abitualmente impiegati nelle ricerche sul Binge eating

Data il ridotto costo e la rapidità di somministrazione rispetto ad altre modalità di indagine, per valutare i sintomi associati ai vari disturbi, così come nel caso del *binge eating* e dei relativi comportamenti a

esso associati spesso si impiegano dei questionari (Celio et al., 2004). Gli strumenti self-report, infatti, sono i più diffusi poichè hanno procedure di somministrazione e di scoring molto semplici, per cui sono indubbiamente degli strumenti economici per la raccolta di informazioni, ma presentano al tempo stesso alcuni limiti che incidono sull'interpretazione del dato.

Così come per molti altri ambiti, anche in questo caso la maggior parte delle ricerche sul Binge Eating si avvale di self-report e solo in rari casi di strumenti *performance-based*. Il ricorso a questi strumenti per valutare le abbuffate propone diversi problemi, in parte già anticipati.

La natura privata in cui avviene l'episodio di binge costituisce una sfida per la valutazione perché ci sono poche situazioni naturalistiche in cui sia possibile osservare la persona mentre avviene l'episodio di binge, ad eccezione delle ricerche condotte in laboratorio. Ne deriva che i ricercatori devono fare fede a quanto riportato dal soggetto. Nella misura in cui la persona "si disconnette" da quanto gli accade - cioè nel momento dell'abbuffata - diventa veramente complesso ricostruire l'episodio. Questo ha inevitabilmente delle conseguenze su tutte le misure self-report che si possono impiegare.

Poiché al momento non esistono valide alternative, che coniugano al proprio interno l'economicità dello strumento e la facilità della raccolta dei dati, alcuni autori, nel tentativo di ovviare a questo *bias* e di riuscire a discriminare tra un binge-eating soggettivo e un binge-eating oggettivo (Marcus et al., 1992), sono ricorsi alle descrizioni fatte dai singoli pazienti, integrandole con i dati emersi dai questionari o hanno fatto precedere la somministrazione del questionario da un foglio in cui era descritto ed esemplificato cosa si intendesse per abbuffata (Kruger, Shugar, Cooke, 1996). Il ricorso a un'indagine da parte del clinico sembra essere, quindi lo strumento più valido per la raccolta dei dati poiché può chiedere al soggetto di definire i termini da lui impiegati, fare ulteriori indagini e chiarire le affermazioni del paziente (Fairburn & Cooper, 1993; de Zwaan et al., 2004; Mitchell et al., 2008). Ciò, però, richiede un maggiore impiego di tempo e di risorse.

Si accenna di seguito, ai self-report più diffusi per la valutazione del binge-eating. Importante sottolineare come alcuni siano delle scale sintomatologiche, mentre altri mirano propria a fare una diagnosi di BED.

Esistono scale di valutazione delle abbuffate, infatti, inizialmente create per la bulimia nervosa e soltanto in seguito utilizzate anche per il BED: queste scale sono quindi utili per rilevare i sintomi del comportamento di *binge-eating* così come lo percepisce il paziente, ma sono un ausilio parziale per formulare una diagnosi DSM, poiché, ad esempio, non permettono di indagare la frequenza dei sintomi (Carter et al., 2004).

Fra le scale sintomatologiche ricordiamo la *Binge eating Scale* (BES; Gormally, 1982), il *Binge Scale Questionnaire* (BSQ; Hawkins, Clement, 1980), e l'*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn, Beglin, 1994) che deriva dall'intervista che porta lo stesso nome.

La ***Binge eating Scale (BES)*** è il self-report più diffuso negli studi su questo disturbo (Carano et al., 2006; Clyne, Latner, Gleaves, & Blampied, 2010; Danner, Ouwehand, van Haastert, Hornsveld, & de Ridder, 2011) ed è lo strumento utilizzato nella ricerca che verrà presentata. Originariamente sviluppato per identificare i binge eaters all'interno della popolazione obesa, misura gli aspetti comportamentali e cognitivi del controllo sull'assunzione di cibo o dell'eccessiva ingestione dello stesso. È composto da 18 item ciascuno dei quali ripropone una affermazione che riflette la severità della condizione esplorata.

Anche il *The Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) è utilizzato da svariati gruppi di ricercatori per indagare il BED (Ahrberg et al., 2011; Ansell et al., 2012; Barnes et al., 2011). Si tratta della versione self-report dell'intervista EDE, che si focalizza sui 28 giorni precedenti alla compilazione, e valuta attraverso 36 item, la psicopatologia del disturbo alimentare, che comprende la mancanza di controllo, incluse le abbuffate soggettive e oggettive. Da questo si ottengono quattro sottoscale quali la restrizione dietetica, le preoccupazioni riguardo al cibo, al peso e al proprio aspetto, unitamente a un punteggio globale della psicopatologia del disturbo alimentare.

Il *Binge Scale Questionnaire* (BSQ), originariamente costruito per la bulimia nervosa, si focalizza sull'incontrollabilità del bisogno di mangiare valutato soggettivamente dal paziente e sulla descrizione delle abbuffate e dei pensieri a esse correlati.

Fra gli strumenti volti a determinare la presenza della diagnosi nosografico-descrittiva, il più diffuso è il *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* (QEWP; Nangle, 1994; Spitzer et al., 1992) primo strumento appositamente sviluppato per fare una diagnosi di BED. Valuta con 28 item la modalità e la quantità degli episodi *binge* in base ai criteri del DSM-IV. Con la stessa finalità è anche l'*Eating Disorder in Obesity* (EDO; de Man Lapidoth, Ghaderi, Halvarsson-Edlund, & Norring, 2007). Attualmente non esistono strumenti per diagnosticare il BED secondo il DSM-5.

Numerosi, poi, sono gli strumenti self-report che valutano le singole componenti connesse al BED quali, ad esempio, l'intensità della relazione tra assunzione di cibo da parte di un individuo e sentimenti negativi (*Emotional Eating Scale - EES*; Arnow, Kenardy, & Agras, 1995; 25 item), la qualità della vita (*Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire-Lite - IWQOLLite*; Kolotkin, Crosby, Kosloski, & Williams, 2001; 31 item), le preoccupazioni per il corpo (*Body Shape Questionnaire - BSQ*; Cooper,

Taylor, Cooper, & Fairburn, 1986) e in generale l'esperienza corporea (The Body Uneasiness Test - BUT; Probst, Vandereycken, van Coppenolle, & Vanderlinden, 1995; 20 item).

Accanto ai questionari self-report, sono state validate svariate interviste semistrutturate per verificare la presenza di BED, fra cui la *Binge eating Disorder Clinical Interview* (BEDCI; (Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD, 1994) e il *Eating Disorder Examination* (EDE; Cooper, Fairburn, 1987).

La *Binge eating Disorder Clinical Interview* (BEDCI) deriva dal Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R) e è composta da 12 item in più, consentendo un maggiore approfondimento della sintomatologia. Il clinico esplora la presenza dei criteri per il BED secondo il DSM-IV, ossia si indagano il tipo e la frequenza delle abbuffate, la perdita del controllo e il livello di malessere conseguente agli eccessi alimentari, i comportamenti associati alle abbuffate (mangiare più rapidamente del solito, mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati, mangiare da soli ecc.) ed eventuali comportamenti compensatori messi in atto per evitare l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso di lassativi e diuretici, attività fisica eccessiva, digiuno, ecc.), essenziali per formulare una diagnosi di Bulimia Nervosa. La BEDCI deve essere somministrata da un clinico che abbia familiarità con i criteri diagnostici indagati. Per le valutazioni ripetute nel tempo, può essere utilizzata la subscale *Binge eating* Sindrome composta da 8 item che valutano la perdita di controllo, le abbuffate episodiche ed i 6 sintomi associati alle abbuffate.

Il *Eating Disorder Examination* (EDE; Cooper, Fairburn, 1987; Fairburn, Cooper, 1993) è un'intervista semistrutturata che valuta i disturbi alimentari, incluso il BED (Ahrberg et al., 2011; Ansell et al., 2012; Barnes et al., 2011; Fairburn, Cooper, 2011 ). Permette di differenziare tra episodi BED soggettivi e oggettivi (si veda Capitolo 1). In entrambe le situazioni deve essere presente la perdita di controllo. Lo strumento rileva anche il "picking" e il "nibbling", che si riferiscono a mangiare in maniera non pianificata e continuativa tra i pasti principali e le merende, senza avere la percezione della perdita di controllo. L'esito è un profilo psicopatologico in base a quattro sottoscale: restrizioni (che riguarda ad esempio il tentativo di evitare alcuni cibi), preoccupazioni relative all'assunzione di cibo (ad esempio la preoccupazione di essere visto mentre mangia), preoccupazione relativa all'aspetto (l'importanza della forma corporea nella valutazione di sé) e relativa al peso (ad esempio insoddisfazione riguardo al proprio peso). È possibile ottenere anche un punteggio globale della psicopatologia alimentare complessiva. Infine, L'EDE valuta anche le condotte di sovralimentazione (binging) e l'uso di metodi estremi di controllo del peso (purging).

### 3.5 Il contributo degli inventari di personalità e dei performance-based per il Disturbo da Binge-Eating: introduzione alla ricerca

L'utilità clinica di una misurazione è determinata dal grado con cui può orientare la presa di decisione clinica (Weinstein et al., 1980).

Sulla base delle considerazioni sopra esposte, per pervenire a una definizione di un piano di trattamento per un paziente, di ridotta utilità è la valutazione della sintomatologia binge, presa singolarmente. Nell'ottica del multi-method assesment, è importante affiancare gli strumenti sopra citati, come la Binge Eating Scale, a altri strumenti diversi non solo per struttura (self-report vs performance based) ma anche per costrutto indagato, nel tentativo di aumentare il valore prognostico dell'intervento effettuato. In questa direzione è stata pensata la ricerca che verrà presentata.

Nello specifico, l'interesse dei ricercatori è stato quello di affiancare in una stessa batteria diagnostica strumenti diversi, differenti sia per il tipo di costrutto indagato che per tipologia degli stimoli. Questi sono andati a sommarsi al giudizio di un clinico esperto, che ha condotto dei colloqui con i pazienti reclutati, pervenendo a una diagnosi DSM secondo i criteri della 5° edizione.

La batteria testologica, pertanto, ha incluso un questionario self-report (Binge Eating Scale; BES, Gormally et al., 1982), un inventario di personalità (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III; MCMI-III, Millon, 1997) e uno strumento performance-based (Test di Rorschach, secondo il sistema comprensivo di Exner; Rorschach, 1921; Exner, 2003).

Questi ultimi due strumenti sono molto diffusi in ambito diagnostico e forniscono delle importanti indicazioni sulle caratteristiche di personalità dei soggetti e, in generale, il loro funzionamento di personalità, ma estremamente ridotto è il loro utilizzo nella comprensione della patologia BED.

Se ne riporta una breve descrizione.

**Il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)** è un self-report composto da 175 item "vero o falso", che costituiscono 28 scale.

Esse sono suddivise in:

- Indici di validità e di modifica (Apertura, Desiderabilità, Autosvalutazione), per valutare la bontà delle risposte fornite dai soggetti, individuando eventuali tentativi di manipolazione dei risultati;
- Scale di Gravi patologie della personalità: Schizotipica, Borderline e Paranoide. Esse misurano stili di personalità particolarmente rigidi e disadattivi. Sono il primo step interpretativo di un protocollo.

- Scale di personalità: Schizoide, Evitante, Depressiva, Dipendente, Istrionica, Narcisistica, Antisociale, Compulsiva, Negativistica e Masochistica. Esse permettono di individuare degli “stili di personalità” che mettono in luce dei modi di funzionare delle persone, ovvero comportamenti, percezioni, pensieri, relazioni, e riflettono tratti pervasivi e persistenti (Choca, 2004).
- Scale relative a Gravi sindromi cliniche: indagano la presenza di sintomi che portano alla diagnosi di Disturbo del Pensiero, Depressione Maggiore e Disturbo Delirante.
- Scale relative a Sindromi cliniche: Disturbo d’Ansia, Disturbo Somatoforme, Disturbo Bipolare, Disordine maniacale, Distimia, Dipendenza da Alcol, Dipendenza da Droghe e Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Theodore Millon interpreta la personalità patologica in relazione alle strutture e agli stili di personalità, secondo la teoria evoluzionistica, ossia come modalità di adattamento all’ambiente e/o come strategie riproduttive (Conte, Luzzati, 2005). Tale modello teorico si basa su una serie di principi evoluzionistici: l’esistenza, riguardante la trasformazione da stati poco organizzati a stati maggiormente organizzati; l’adattamento, che si riferisce ai processi omeostatici messi in atto per la sopravvivenza; la riproduzione, riguardante gli stili produttivi che massimizzano la diversificazione e la selezione di attributi ecologicamente efficaci; l’astrazione, riferita all’emergere di competenze che permettono la pianificazione e la presa di decisione (Conte, Luzzati, 2005). L’adattamento normale o la psicopatologia si spiegano in termini di “equilibrio dinamico” tra i tre poli di funzionamento della persona derivanti dai primi tre domini e legati a compiti e scopi di base, comuni sia alla personalità normale che patologica. Essi sono: polarità Piacere-Dolore, cioè il polo “piacere” che orienta il comportamento delle persone alla ricerca del piacere, mentre il polo opposto “dolore” alla fuga dal dolore; polarità Attivo- Passivo riguardante le modalità di adattamento all’ambiente, di trasformazione dell’ambiente o di adattamento passivo; polarità Sé-Altro, cioè “il Sé” che orienta il soggetto verso comportamenti egoistici, mentre “l’altro” verso comportamenti affiliativi e protettivi. Gli individui con una personalità normale sono coloro che hanno raggiunto un certo equilibrio tra tutte le polarità, mentre quelli patologici o a rischio, presentano uno squilibrio in una o più polarità (Conte, Luzzati, 2005). Il questionario è stato costruito sulla base di tale modello teorico e sui criteri diagnostici del DSM-IV-TR, distinguendo fra Asse I e II, classificando i soggetti in categorie psicopatologiche sovrapponibili a quelle individuate dal Manuale Diagnostico.

I vantaggi di questo strumento consistono in una semplice somministrazione e interpretazione, ma allo stesso tempo si tratta di uno strumento completo in grado di cogliere il profilo generale del soggetto, quantificando qualità e gravità del disturbo.

Per rilevare la presenza o assenza di una caratteristica specifica, l'autore propone dei cut-off in relazione ai punteggi Base Rates, ottenuti dalla trasformazione dei valori grezzi ottenuti nel test, punteggio utile per l'interpretazione che stabilisce un continuum della pervasività e della gravità di una caratteristica psicologica.

Il **test di Rorschach** è considerato da molti autori, come vedremo, un test *performance-based*, poiché genera informazioni utili sul funzionamento creando una situazione di problem solving. Inoltre, è una misura in parte non strutturata di processi cognitivi percettivi e associativi (Exner, 2003; Weiner, 1998). "In questo senso il Rorschach diventa una misura della strutturazione cognitiva che implica processi di attenzione, percezione e analisi logica" (da Lis et al., 2007 - Weiner, 1994).

Il test deriva dall'iniziale progetto di Hermann Rorschach (1884-1922), medico svizzero interessato all'ambito psichiatrico. I suoi lavori miravano ad individuare una prova che, tramite un compito percettivo, consentisse di rilevare aspetti di immaginazione, intelligenza e creatività: per tale motivo, egli dimostrò presto interesse per un gioco di comporre figure piegando a metà un foglio su cui veniva poi steso dell'inchiostro, la *klecksographie*, interesse largamente diffuso in Europa (Lis et al., 2007). Nella pratica psichiatrica, somministrando questi disegni a soggetti schizofrenici, si trovò presto una differenza nella modalità di interpretazione della macchia rispetto ai soggetti normali: questi studi portarono, così, alla creazione di un vero e proprio strumento adatto all'esplorazione della personalità dei soggetti, selezionando macchie stimolo capaci di elicitare risposte diverse in popolazioni specifiche (Lis et al., 2007). La morte prematura dell'autore non ha permesso l'approfondimento e la conclusione dello strumento, operato di cui si sono fatti carico i suoi colleghi e seguaci che hanno condiviso, modificato, ampliato e reinterpretato il test. Poiché il test era ancora in fase iniziale, infatti, e con una base poco sistematizzata, questi rimaneggiamenti portarono allo sviluppo di direzioni differenti, e alla formazione di scuole diverse per lo studio dello strumento, accomunate da una finalità conoscitiva e scientifica e da una diversa posizione politico-culturale. Dopo anni di critiche sulla validità dello strumento e un minore interesse verso questo, di fondamentale importanza tra gli altri è stato il lavoro di J. Exner e collaboratori (Exner, 1974; 1978), che riportò in auge il test. A loro, infatti, si devono approfondimenti sui lavori di Rorschach e sulle teorie fatte, e la creazione del cosiddetto "Sistema Comprensivo", ovvero l'integrazione delle principali variazioni operate dai diversi autori, ormai divenuti cinque test di Rorschach diversi, come Klopfer, Rapaport-Schafer, Beck, Hertz, Piotrowski. Questo scopo è stato possibile grazie anche alla creazione di una banca dati computerizzata, a differenti metodologie di applicazione dello strumento nella gestione dei dati e nella siglatura e valutazione della risposta, focalizzandosi su quegli elementi empiricamente giustificabili (Lis et al., 2007). Il Sistema Comprensivo

ha, perciò, consentito la sistematizzazione di una serie di “scoring”, contribuendo a far assumere al Test di Rorschach adeguate caratteristiche psicometriche, standardizzando la somministrazione e l’attribuzione di punteggi e presentando dati normativi e lavori di validità discriminante su campioni vasti e strutturati. Questo lavoro ha, quindi, permesso di passare da una semplice tecnica di assessment psicologico a uno strumento standardizzato e obiettivo. Gli aspetti di cui tenere conto sono lo scoring, che comprende il numero di risposte fornite, la localizzazione, ovvero quale parte della macchia viene usata, la determinante, cioè quale aspetto della macchia determina la risposta, riferendosi alle componenti dimensione forma colore movimento, e infine il contenuto. Il test di Rorschach rientra nella categoria di metodi di assessment definiti proiettivi, poiché costituito da stimoli ambigui la cui interpretazione fornisce informazioni sul funzionamento psicologico del soggetto. In realtà, esistono profonde caratteristiche che lo rendono diverso dagli strumenti con i quali condivide la sola categoria: esso, infatti, non è stato concepito all’interno di alcuna teoria specifica della personalità; inoltre, non si è tenuto conto del processo di risposta, come ipotizzato dall’autore stesso. L’idea di Hermann Rorschach, infatti, era che la sua prova fosse diagnostica su base percettiva, poiché lo strumento è nato per discriminare le differenze percettivo – cognitive, dove, cioè, si combinano processi di tipo percettivo – associativo, mediati dagli stili di personalità del soggetto (Rorschach, 1921). I diversi approcci si sono susseguiti e scontrati, distinguendosi per lo spazio prevalente dedicato a una o all’altra componente: la differenza deriva, quindi, dal modo diverso con cui è concepito e utilizzato il processo di risposta. L’approccio di Exner e dei suoi collaboratori conferisce molta più importanza all’aspetto percettivo, pur dando spazio alla componente associativa, con il tentativo, però, di differenziare il ruolo di ciascuna nelle diverse fasi del test che l’autore individua, nella codifica dello stimolo, nella ri-esplorazione dello stesso e nella selezione finale delle risposte. Altri studi, si sono invece concentrati sulla necessità di separare e approfondire il contributo di meccanismi cognitivi e proiettivi, tentando di definire la proiezione attraverso una chiarificazione dei meccanismi coinvolti nei processi di risposta, operazione percettivo - cognitiva che rappresenterebbe il modo in cui il soggetto reagisce agli stimoli reali e organizza la realtà (Lis et al., 2007). Sulla base dell’approccio di Exner, lo stimolo non è completamente ambiguo, ma è un elemento che presenta un certo grado di strutturazione, data dalla presenza dei Critical Bits, ovvero proprietà che identificano quei parametri che delimitano il range di possibilità di identificazione di un oggetto, fornendo elementi stimolo che incoraggiano una specifica risposta: i soggetti giungono a risposte diverse a seconda dell’importanza data ai diversi Critical Bits. Indubbiamente, la proiezione fa parte del meccanismo che dà vita alle risposte offerte al test, ma, secondo Exner, tale meccanismo si potrebbe verificare solo in due momenti specifici del processo di risposta: nelle prime fasi di scannerizzazione dello stimolo dove è possibile rinvenire una distorsione, oppure nelle ultime fasi del processo, momento in cui sceglie fra possibili risposte potenziali e personalizza i percetti rivelando aspetti della sua personalità che sono al di fuori della sua

consapevolezza. Il test creerebbe, quindi, secondo l'autore e i seguaci del suo sistema, una situazione di problem-solving, diventando una misura della strutturazione cognitiva che implica processi di attenzione percezione e analisi logica (Weiner, 1994). Alla luce di queste considerazioni, molti autori hanno perciò proposto di definire il Rorschach come un performance based personality test, espressione più accurata e precisa, in alternativa alla definizione di test proiettivo, soprattutto perché nel processo di risposta il soggetto non utilizza esclusivamente un meccanismo di proiezione: diversi meccanismi si intrecciano fra loro, e l'aspetto che appare certo è che il soggetto esibisca una prestazione (Lis et al., 2007). Per una valutazione della personalità è importante, quindi, non limitarsi al solo contenuto delle risposte, ma individuare una serie di codifiche collegate alla percezione e struttura della macchia stessa, comprese le dimensioni della macchia utilizzata per dare la risposta, le caratteristiche fondamentali che influiscono sulla percezione dell'immagine da parte del soggetto e il loro contenuto. Una rielaborazione qualitativa-quantitativa della codifica delle risposte al Sistema Comprensivo permette di ottenere il cosiddetto Sommario Strutturale, nel quale vengono delineati i vari cluster di personalità che possono essere esplorati attraverso questo strumento. In primo luogo c'è il cluster del nucleo della personalità, i cui indici contribuiscono all'interpretazione della capacità di controllo della propria esperienza emotiva e la tolleranza allo stress, e, inoltre, a valutare la dimensione del disagio e dello stress stabilmente presenti o situazionali, aspetti vagliati parzialmente anche nel cluster controllo e tolleranza dello stress; un secondo cluster è quello degli affetti, composto da indici riguardanti l'affettività nelle sue varie componenti, mentre il cluster della percezione di Sé comprende variabili relative a componenti narcisistiche e possibile auto focalizzazione sul Sé, preoccupazioni o distorsioni riguardanti l'immagine corporea. La percezione delle relazioni interpersonali è investigata nel cluster della percezione interpersonale; infine, gli aspetti cognitivi del soggetto sono compresi e analizzati all'interno del cluster del processamento delle informazioni, che comprende le variabili che riguardano il modo in cui il soggetto processa lo stimolo in entrata, il cluster della mediazione, che riguarda la qualità della traduzione dell'informazione in entrata, e il cluster dell'ideazione, cioè l'insieme di variabili che riguardano la produzione di idee e concetti. Oltre a questi cluster, il Sommario Strutturale permette di avere una serie di cosiddette costellazioni, ovvero degli indici costituiti da "raggruppamenti di variabili", nati come indici di diagnosi differenziale, come l'indice PTI (Perceptual Thinking Index), DEPI (Depression Index) o il CDI (Coping Deficit Index), per stabilire i disturbi depressivi, dell'umore e della capacità di coping, o per discriminare tratti specifici di personalità, come OBS (Obsessive Style Index) per lo stile ossessivo o l'HVI (Hypervigilance Index) per i tratti di ipervigilanza. Attraverso una strategia di ricerca sequenziale, si definisce tramite la chiave di ingresso la Routine Interpretativa, ovvero l'ordine in cui questi dati devono essere esaminati, sulla base dell'aspetto più compromesso nel soggetto, al fine di avere un quadro organizzato del funzionamento di personalità del paziente dato da un'analisi dettagliata e, soprattutto, altamente individualizzata del paziente. Il test di Rorschach è oggi uno degli

strumenti più utilizzati e conosciuti nella pratica clinica, in quanto consente un'analisi approfondita del funzionamento di personalità, permettendo anche di formulare delle ipotesi diagnostiche<sup>4</sup>.

Proprio per le differenze del loro format, il MCMI-III (Choca, Shanley, Van Denberg, 1997) e il Test di Rorschach misurano caratteristiche normali e anormali in modi diversi e a livelli differenti di abilità della persona e della sua volontà di riconoscerli e di riportarli direttamente.

Si ritiene, pertanto, che ciò possa essere di grande utilità nella comprensione dei soggetti con Disturbo da Binge Eating.

---

<sup>4</sup> Recentemente, il lungo lavoro di ricerca del gruppo di Meyer, Viglione e collaboratori sulla validità delle variabili presenti nel Sistema Comprensivo, ha portato alla nascita del Rorschach Performance Assessment System (R-PAS). Sulla scia della volontà dello stesso Exner, tale Sistema si propone di migliorare il Test di Rorschach, rafforzandolo empiricamente, attraverso modifiche importanti riguardanti la somministrazione e la codifica.

## Capitolo 4

### Studio sulla rilevazione del Disturbo da Binge-eating in due campioni nazionali di pazienti obesi

I dati sulla prevalenza del Disturbo da Binge-eating indicano bassi livelli nella popolazione generale e una maggiore presenza fra i soggetti obesi, in particolare quelli che richiedono un trattamento dietologico (Gormally et al., 1982; Marcus et al., 1985; Loriendo et al., 2002; Latner et al., 2008).

Ad oggi, non sono presenti dati sulla rilevazione del disturbo sulla base dei criteri diagnostici proposti dal DSM-5 (APA; 2013) sul territorio nazionale. Per tale ragione, scopo di questo primo studio è stato valutare la presenza di soggetti con Disturbo da Binge-eating, facendo riferimento ai criteri del DSM-5, in due campione di soggetti obesi, richiedenti un trattamento dietologico, diversi per provenienza geografica.

#### Metodologia

I soggetti sono stati diagnosticati secondo i criteri DSM-5 (APA,2013) per il Disturbo da Binge-eating da un clinico esperto.

La presenza di sintomatologia binge-eating è stata valutata attraverso la somministrazione di un questionario autosomministrato validato per l'Italia (Binge Eating Scale).

I due dati sono stati ottenuti in cieco.

Pertanto, i parametri utilizzati per individuare i soggetti affetti da Disturbo da binge-eating sono di due tipi:

- Presenza di una Diagnosi DSM del disturbo
- Punteggio ottenuto al questionario sintomatologico superiore al cut-off clinico previsto dallo strumento

Un soggetto è considerato affetto dal disturbo se sono soddisfatte ENTRAMBE le condizioni.

Si è scelto di ricorrere alla concordanza fra questi nel tentativo da una parte di superare il limite rappresentato dall'utilizzo di un solo strumento di tipo self-report e, dall'altra, di poter affiancare, alla

diagnosi DSM, un questionario sintomatologico che confermasse la presenza della sintomatologia richiesta per porre questo tipo di diagnosi.

D'ora in poi, nel corso di tutte le ricerche effettuate,

i soggetti che soddisfano entrambi i criteri richiesti per diagnosticare il Disturbo da Binge-Eating saranno definiti “**pazienti CON Disturbo da Binge-Eating**”;

i soggetti che non soddisfano nessuno dei due criteri, invece, saranno definiti “**pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating**”.

## Materiale e Metodi

### Strumenti

Il questionario utilizzato per valutare la presenza di comportamenti di binge-eating è la Binge Eating Scale (BES; Gormally, 1982). Per la descrizione dello strumento si veda Cap. 3.

### Partecipanti

Di seguito, si descrivono i due campioni considerati negli studi.

Il primo è identificato come “CAMPIONE 1 (PAZIENTI - MILANO)”: si riferisce a un campione di 200 soggetti obesi, reclutati in maniera consecutiva, che hanno richiesto un trattamento dietologico presso il Servizio di Dietologia di un'A.O. pubblica della Provincia di Milano.

Il secondo è identificato come “CAMPIONE 2 (PAZIENTI – PALERMO)”: si tratta di un campione composto da 531 soggetti obesi, reclutati in maniera consecutiva, che hanno richiesto un trattamento per la riduzione del peso presso il Centro Disturbi Alimentari e del Peso, Ce.Di.Al., ASP 6, Palermo.

### CAMPIONE 1 (PAZIENTI - MILANO)

La ricerca si è svolta all'interno di un'Azienda Ospedaliera pubblica della Provincia di Milano, in cui è presente un Servizio di Dietologia a cui le persone possono rivolgersi per seguire un programma dietologico di perdita di peso.

Durante il primo incontro svolto con la dietologa, vengono rilevate le principali informazioni necessarie, quali, ad esempio, misure antropometriche, abitudini di vita, eventuali patologie mediche, assunzione di farmaci, parametri sanguigni. Valutati tutti questi elementi, e tenuto conto delle esigenze personali del soggetto, al paziente viene prescritta una dieta da seguire, con incontri di monitoraggio distanziati di circa un mese.

Da anni, il Servizio di Dietologia collabora con il Servizio di Psicologia Clinica della medesima struttura.

Il servizio di Psicologia Clinica, coordinato dal primario Dott.ssa Maria Rosaria Monaco, opera trasversalmente su tutti i reparti dell'Azienda Ospedaliera, fornendo un supporto psicologico sia ai degenti che ai familiari. La collaborazione tra i due Servizi è nata per offrire un sostegno alle persone che trovano difficile seguire le indicazioni fornite dal dietologo, in particolare per chi proviene da una storia ricca di ripetuti fallimenti, nel tentativo di raggiungere il proprio peso ottimale.

In questi casi, la dietologa propone al paziente un percorso psicologico parallelo a quello dietologico. La scelta di rivolgersi al Servizio, quindi, è volontaria.

Per la ricerca, sono stati esclusi soggetti con disturbi cognitivi, gravi complicanze mediche, patologie psichiatriche importanti, problema di obesità connesso a una patologia medica. Tale scelta viene operata dal clinico del reparto.

Pertanto, sono stati inclusi i soggetti di età compresa fra i 18 e i 65 anni, con un quadro di sovrappeso o obesità di tipo "psicogeno", ossia non determinata da patologie mediche, che, tramite consenso informato, hanno accettato l'utilizzo dei loro dati ai fini di ricerca.

Nel reparto di Psicologia Clinica, quando un soggetto giunge con la richiesta del dietologo, si procede con un primo colloquio in cui viene indagata l'anamnesi familiare, personale e patologica del paziente, valutando l'eventuale presenza di una sintomatologia legata al disturbo da Binge-Eating.

Al termine dell'incontro, il clinico procede con la somministrazione di una batteria di test e, sulla base delle informazioni raccolte, stabilisce quale sia il tipo di trattamento più adatto al paziente, se incontri individuali o di gruppo.

Il campione finale di soggetti che soddisfano i criteri di inclusione e esclusione è composto da 200 soggetti, in prevalenza di femmine (177F, 21M), con un'età media di anni 50,27 (sd= 11,45) e un esordio dell'obesità soprattutto in età adulta.

Tutti i soggetti hanno acconsentito all'utilizzo dei dati raccolti ai fini di ricerca tramite consenso informato. Nel corso della ricerca, 2 soggetti hanno ritirato il consenso alla partecipazione e, pertanto, sono stati esclusi dalla ricerca.

A livello di genere, la prevalenza di femmine nel campione costituisce uno sbilanciamento molto diffuso negli studi di letteratura su campioni di soggetti che richiedono un trattamento dietologico. Più elevata, invece, risulta la fascia di età in cui rientrano i partecipanti della ricerca rispetto ai comuni studi di questo ambito.

## **CAMPIONE 2 (PAZIENTI - PALERMO)**

L'U.O.S. CeDiAl è una struttura del Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, dedicata alla prevenzione, diagnosi, ricerca, formazione, cura e riabilitazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso.

I pazienti che il centro accoglie riguardano i disturbi del comportamento alimentare (circa il 58%) e i disturbi del peso (42%). Esso si basa su un modello interdisciplinare di trattamento che deriva dalla consapevolezza della complessità e della multifattorialità eziopatogenetica dei disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e delle patologie croniche ad essi connesse. Pertanto il modello di cura prevede un approccio biologico, psicologico e sociale interdisciplinare integrato e condiviso fra i professionisti che operano al Centro, cioè il medico internista, il medico psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta.

I pazienti afferiscono, a titolo volontario, all'ambulatorio specialistico multidisciplinare integrato, tramite il medico di base. I criteri di inclusione alla ricerca erano, in primo luogo, la richiesta di un trattamento dietologico, un'età compresa fra i 18 e i 65 anni, l'assenza di gravi quadri psichiatrici o di disturbi cognitivi, l'aver completato il percorso di valutazione diagnostica proposto, aver acconsentito, tramite consenso informato, alla fruizione dei dati ai fini di ricerca.

Il campione finale di soggetti che soddisfano i criteri di inclusione e esclusione è composto da 531 soggetti, in prevalenza di femmine (414F, 117M), con un'età media di anni 45,7 (sd= 13,6).

Tutti i soggetti hanno acconsentito all'utilizzo dei dati raccolti ai fini di ricerca tramite consenso informato.

Si riportano, di seguito le caratteristiche dei due campioni che risultano appaiati per le variabili considerate.

Tabella 4.1 Descrizione dei due Campione

	CAMPIONE 1 - MILANO	CAMPIONE 2 - PALERMO
N	198	531
Maschi (p=.11)	21 (10,6%)	117 (22%)
Femmine (p=.33)	177 (89,4%)	414 (78%)
Età (p=.25)	m= 50,27 (sd=11,4)	m= 45,7 (sd= 13,6)
Body Mass Index (BMI) (p=.42)	m=34,7 (sd=4,6)	m=35,8 (sd=5,9)

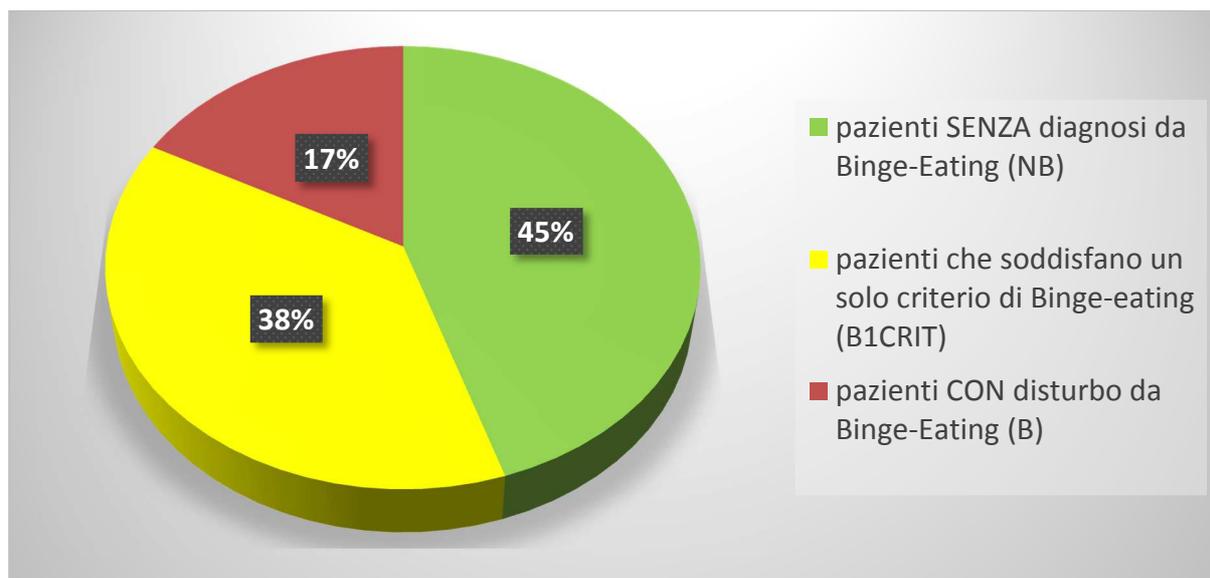
## Risultati

Pur avendo numerosità diverse, la rilevazione del Disturbo da Binge-eating mostra percentuali simili nei due campioni esaminati: nel Campione 1 (pazienti - Milano), i pazienti a cui è stato diagnosticato il Disturbo da Binge-Eating, ossia che soddisfano entrambi i criteri sopra citati, sono risultati 34 pazienti su 198, il 17,2%, mentre nel Campione 2 (pazienti - Palermo), i soggetti con Disturbo da Binge-eating sono il 19,2%, ossia 102 su 531 (p=.37)

Inoltre, in entrambi i campioni, è stata rilevata un'ampia eterogeneità riguardo all'assegnazione della categoria di appartenenza dei soggetti riguardo alla presenza del Disturbo da Binge-eating. Nello specifico, risulta notevolmente alta la percentuale di soggetti che soddisfa solo uno dei due criteri, ossia soggetti che hanno o solo un punteggio al questionario BES superiore al cut-off ma che non hanno ricevuto una diagnosi DSM, oppure il contrario, cioè soggetti che sono stati diagnosticati BED secondo i criteri DSM ma che hanno riportato punteggi al questionario autosomministrato inferiori al cut-off, negando la presenza di un comportamento binge-eating.

Nel grafico sottostanti, si riporta la suddivisione rilevata nel Campione 1 (pazienti - Milano).

Grafico 4.1 – Campione 1 (pazienti – Milano): Distribuzione delle tre categorie individuate B, NB, B1CRIT

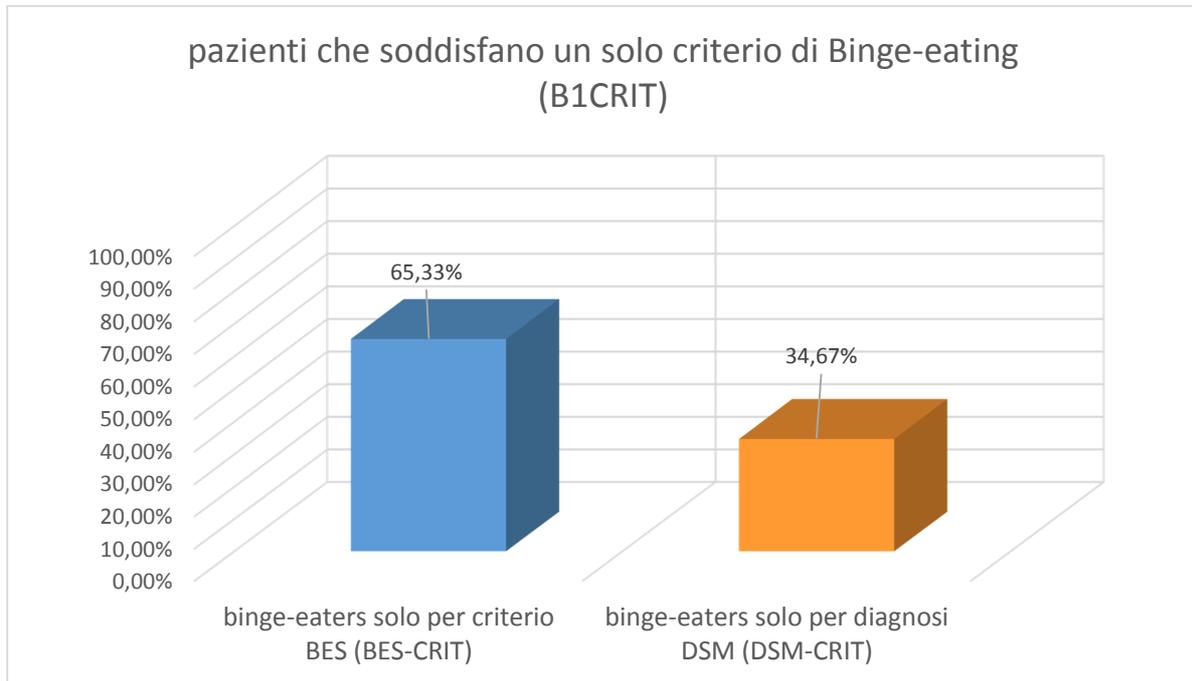


categoria	n	%
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	89	44,90%
pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT)	75	37,90%
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	34	17,20%
totale	198	100%

I dati mostrano, pertanto, una concordanza fra punteggio alla scala BES e diagnosi DSM formulata dal clinico solo nel 62 % circa dei casi.

Nello specifico, scorporando tale sottogruppo misto sulla base di quale criterio è soddisfatto da i soggetti, emerge un'alta percentuale di soggetti positivi alla BES, come mostra il grafico 4.2

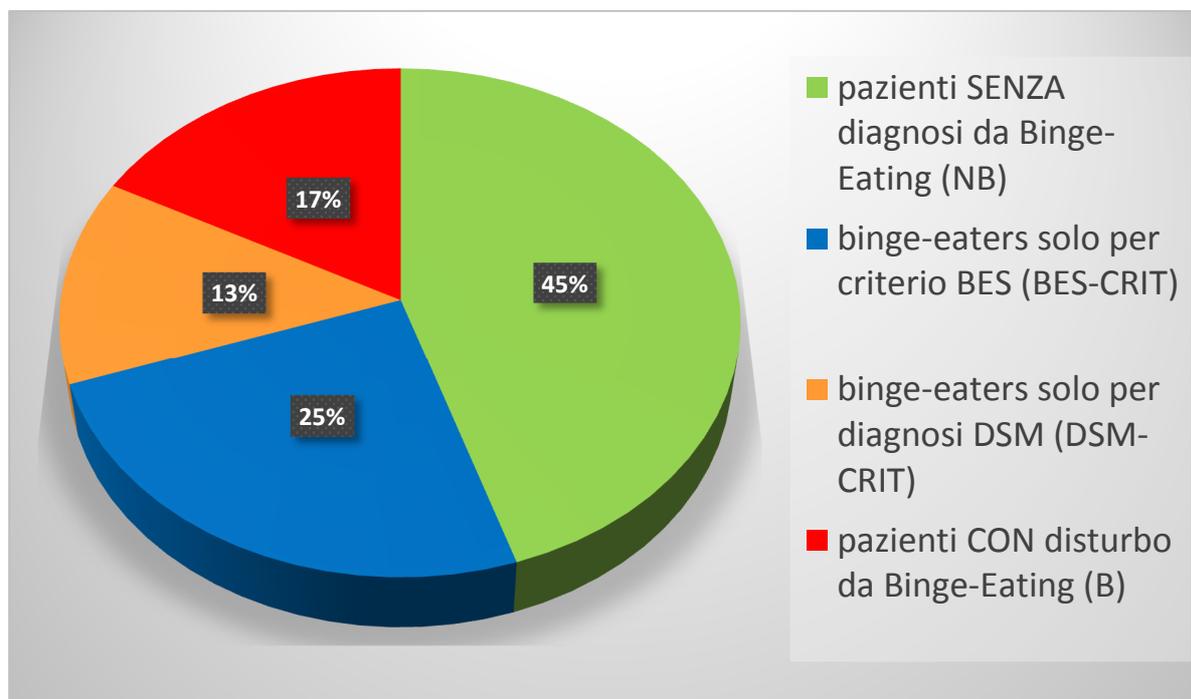
Grafico 4.2 – Campione 1 (pazienti – Milano): Composizione della categoria B1CRIT, ossia di pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT).



categoria	n	%
binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)	49	65,33%
binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)	26	34,67%
Totale pazienti che soddisfano un solo criterio	75	100%

Nel grafico 4.3 si riporta, quindi, la distribuzione dell'intero campione.

Grafico 4.3 – Campione 1 (pazienti – Milano): Distribuzione delle quattro categorie individuate B, NB e di B1CRIT suddivisa in BES-CRIT e DSM-CRIT.

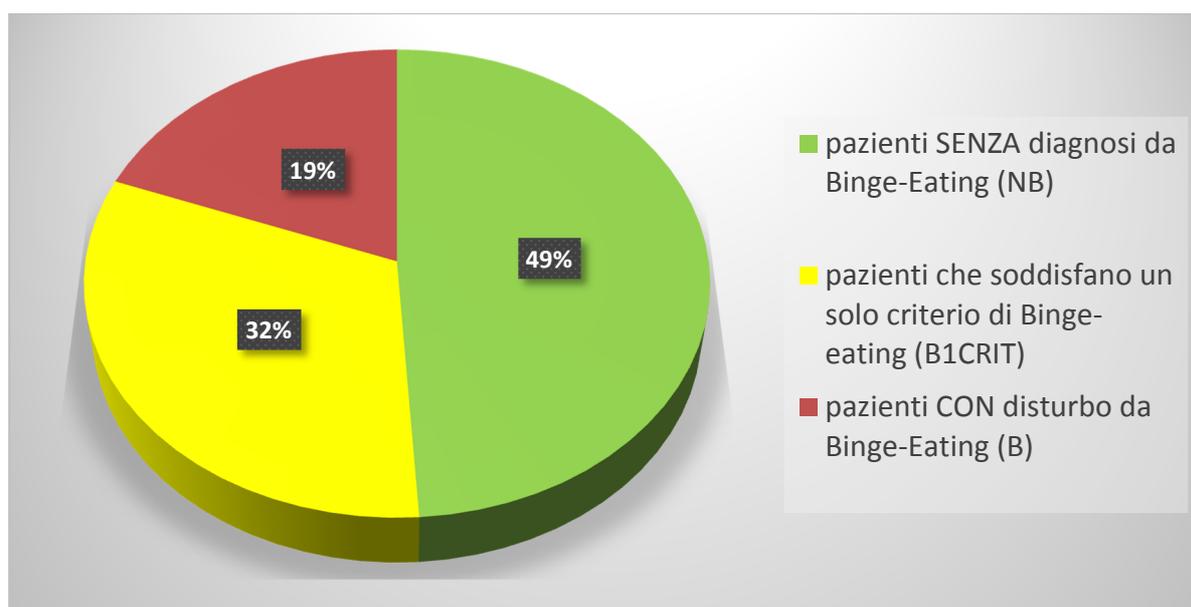


categoria	n	%
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	89	44,95%
binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)	50	25,25%
binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)	25	12,63%
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	34	17,17%
totale	198	100%

Come anticipato, analogamente ai dati emersi nel Campione 1 (pazienti - Milano), simili sono le percentuali che emergono nel Campione 2 (pazienti - Palermo), con  $p=.87$ .

Nello specifico, i dati mostrano una concordanza fra punteggio alla scala BES e diagnosi DSM formulata dal clinico solo nel 68.2 % circa dei casi.

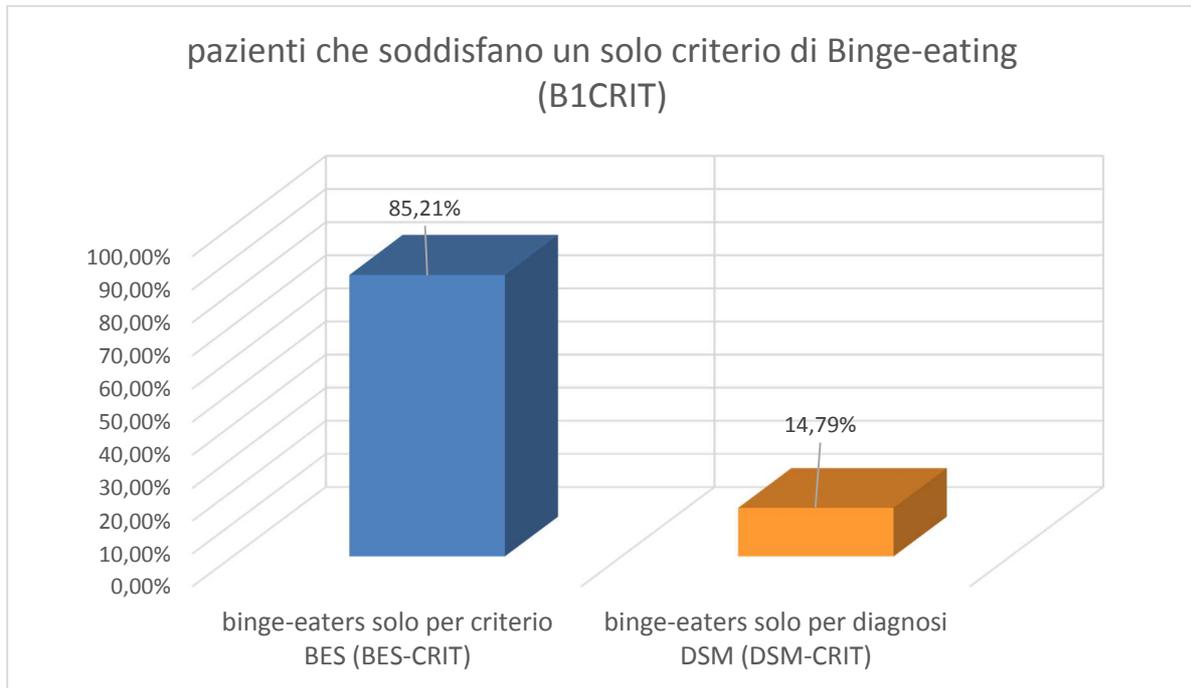
Grafico 4.4 – Campione 2 (pazienti – Palermo): Distribuzione delle tre categorie individuate B, NB, B1CRIT



categoria	n	%
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	260	49,00%
pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT)	169	31,8%%
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	102	19,20%
totale	531	100%

Anche in questo caso, fra i pazienti che soddisfano solo uno dei due criteri proposti, in maggioranza sono coloro che ottengono un valore al questionario BES superiore alla media, senza avere una diagnosi DSM, come riportato nel Grafico sottostante.

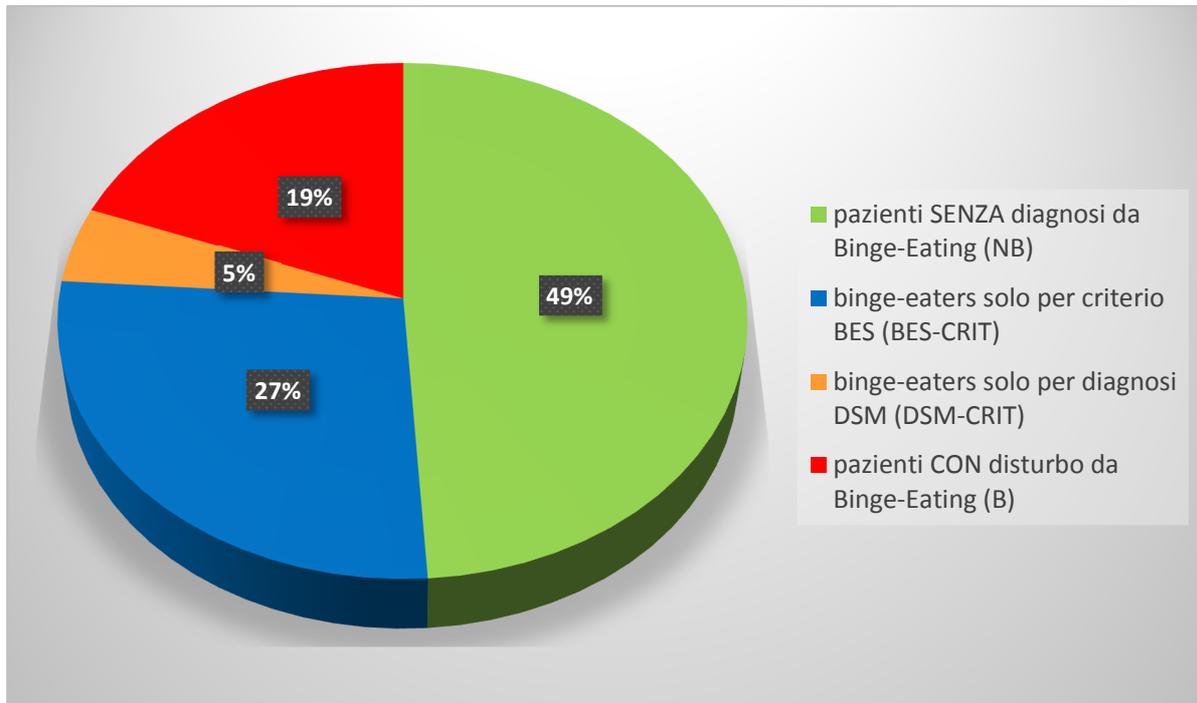
Grafico 4.5 – Campione 2 (pazienti – Palermo): Composizione della categoria B1CRIT, ossia di pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT).



categoria	n	%
binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)	144	85,21%
binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)	25	14,79%
totale pazienti che soddisfano un solo criterio	169	100%

Si riporta la suddivisione nell'intero campione.

Grafico 4.6 – Campione 2 (pazienti – Palermo): Distribuzione delle quattro categorie individuate B, NB e di B1CRIT suddivisa in BES-CRIT e DSM-CRIT.



categoria	n	%
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	260	49,00%
binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)	144	27,10%
binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)	25	4,70%
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	102	19,20%
totale	531	100,00%

## Discussione e Conclusione

Lo studio di prevalenza del Disturbo da Binge-eating nei due campioni presi in esame mostra come la percentuale di questi soggetti in un campione italiano di persone che richiede un trattamento dietologico è poco meno del 20%, rispettivamente del 17,17% (34 su 198) nel Campione 1 (pazienti - Milano) e del 19,20% (102 su 531) nel Campione 2 (pazienti - Palermo). Se si considerano i due Campioni

come un unico gruppo, la percentuale complessiva è del 18,65% (136 su 729). Tali dati sono in linea con quanto riportato nella letteratura nazionale con diagnosi effettuati con criteri DSM-IV, ma molto inferiori alla percentuale del 30% rilevata nella popolazione americana in cerca di un trattamento dietologico.

I soggetti senza diagnosi di Disturbo da Binge-eating costituiscono, invece, quasi il 50% di entrambi i Campioni esaminati, rispettivamente 44,90% nel Campione 1 (pazienti - Milano) e 49% nel Campione 2 (pazienti - Palermo).

La restante fetta di soggetti del campione soddisfa solo uno dei due criteri proposti, per il 38% nel Campione 1 (pazienti - Milano) e per il 32% nel Campione 2 (pazienti - Palermo), con una prevalenza di soggetti positivi al self-report ma a cui non è stato diagnosticato un disturbo da Binge-eating. La scelta restrittiva fatta di avere soddisfatti due criteri (Diagnosi DSM e esito al questionario BES) per confermare la presenza del Disturbo da Binge-eating, infatti, ha messo in luce un quadro estremamente eterogeneo. Ciò rende conto della difficoltà di inquadrare e studiare il Binge-Eating Disorder, con un ruolo importante rivestito dal fattore soggettività.

**Scopi degli studi seguenti sono in primo luogo indagare le caratteristiche del funzionamento di personalità dei soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating, e, in secondo luogo, tentare di comprendere le discrepanze rilevate, nella composizione dei Campioni, fra strumento self-report e diagnosi DSM.**

## Capitolo 5

### Studio di confronto fra soggetti con e senza Disturbo da Binge-eating nei due campioni di pazienti obesi presi in esami

La letteratura indica che la presenza di Disturbo da Binge-eating sia connessa a maggiori livelli di psicopatologia: nello specifico, le comorbidità principalmente riportate riguardano disturbi d'ansia, dell'umore, e disturbi di personalità: ossessivo-compulsivo e evitante (Marcus et al., 1990; Loredano et al., 2002, Friborg et al., 2014).

Scopo di questa ricerca è stato indagare le caratteristiche della personalità dei soggetti con Disturbo da Binge-eating, confrontandoli con un gruppo di soggetti senza tale diagnosi.

Nel tentativo disegnare un ponte tra le comorbidità psichiatriche rilevate in letteratura e il desiderio di avere un lettura del Disturbo più orientata al funzionamento di personalità, di grande utilità è sembrato il ricorso al test MCMI-III, ossia uno strumento che permettesse di comprendere i criteri nosografico-descrittivi, ma anche di "andare oltre" a questi, esplorando il più ampio quadro della personalità del soggetto, in cui i disturbi della personalità sono concepiti come una manifestazione dell'intera complessità della persona, con una sintomatologia che si manifesta in numerosi ambiti clinici (Millon, 1982).

Inserendo sul motore di ricerca PsycINFO le parole chiave Binge eating e MCMI, solo sette sono i risultati che emergono, e solo due riguardano in maniera specifica il disturbo da binge-eating.

Cartiglia (1997) hanno studiato attraverso il MCMI-II un campione di soggetti adolescenti non obesi con BED, trovando in questo gruppo maggiori livelli di psicopatologia rispetto ai controlli.

Macias e collaboratori (2003), allo stesso modo, hanno indagato mediante la seconda versione del MCMI, le caratteristiche psicologiche di una popolazione obesa binge-eaters in un contesto di chirurgia bariatrica, confermando la presenza di maggiori aspetti psicopatologici rispetto ai soggetti obesi non binge-eaters: nello specifico maggiori tratti passivo-aggressivi, aggressivo-sadici, disturbi maniacali, dipendenza da alcol e depressione maggiore.

Nessuno studio è stato pubblicato sullo studio del binge eating disorder attraverso il MCMI-III . L'unico lavoro in cui è stato utilizzato questo tipo di strumento all'interno del presente ambito, riguarda la ricerca di Gullo e collaboratori sulla presenza di sottotipi di personalità nei pazienti obesi.

Si ipotizza, quindi, di rilevare una differenza fra i due gruppi, con punteggi più alti per i soggetti con diagnosi BED, soprattutto nelle medesime scale riportate dalla letteratura, comprese quelle che corrispondono ai disturbi che maggiormente si trovano in comorbidità.

## Metodologia

Sulla base della suddivisione dei soggetti individuata nel Capitolo 4, sono stati selezionati i soggetti che presentano un Disturbo da Binge-eating, ossia coloro che soddisfano entrambi i criteri proposti: diagnosi DSM, effettuata da un clinico esperto, e punteggio al questionario BES superiore al cut-off clinico previsto per lo strumento.

Essi sono stati confrontati con un campione di soggetti senza tale diagnosi, ossia che non soddisfacevano nessuno dei due criteri.

Le analisi effettuate nel Campione 1 (pazienti - Milano) sono state successivamente replicate nel Campione 2 (pazienti - Palermo) - per una descrizione dei due Campioni si veda Cap.4 -.

## Materiali e metodi

### Strumenti

Lo strumento utilizzato è stato il Millon Clinical Multiaxial inventory- 3° ed. (MCMI-III; Millon, 1997). Per una descrizione dello strumento si veda il Cap. 3.

### Partecipanti

Nel Campione 1 (pazienti - Milano), i soggetti con Disturbo da Binge-eating sono risultati essere 34. Questi sono stati confrontati con 34 soggetti senza diagnosi di BED, estratti casualmente da coloro che non soddisfacevano nessuno dei due criteri stabiliti, appaiati per genere e età. Complessivamente, quindi, per il Campione 1 (pazienti - Milano), N=68.

Allo stesso modo, nel Campione 2 (pazienti - Palermo), i 102 soggetti con diagnosi di BED sono stati confrontati con 102 soggetti senza diagnosi, estratti casualmente dai 260 individuati, e appaiati per genere e età. Complessivamente, quindi, per il Campione 2 (pazienti - Palermo), N=204.

## Analisi Statistiche

Per tutte le analisi è stato usato il programma Statistical Package for Social Sciences for Windows, versione 22.0.

Per entrambi i Campioni, per eseguire il confronto fra i due gruppi (BED vs non BED), è stato estratto casualmente, attraverso il comando di SPSS, un gruppo di soggetti senza diagnosi BED di pari numerosità e appaiato per genere e età con il gruppo di soggetti con diagnosi BED.

Relativamente ai punteggi ottenuti dai soggetti dei due gruppi (BED vs non BED) al test MCMI-III, sono state confrontate sia le medie che le frequenze.

Infatti, poiché i punteggi del questionario MCMI sono base-rate, si è ritenuto opportuno, accanto all'analisi delle medie, verificare anche la percentuale di soggetti che hanno ottenuto un punteggio alle scale superiore al cut-off di riferimento ( $BR > 74$ ), a indicarne la rilevante presenza clinica. Per tale ragione, si è ricorsi alla statistica Phi.

Per analizzare le differenze tra i valori medi dei due gruppi di soggetti, data la sufficiente numerosità dei campioni, si è ricorso alla statistica parametrica t-test per campioni indipendenti. L'effect-size di tali differenze è stato valutato mediante la  $d$  di Cohen. Valori attorno a ,2 indicano una dimensione dell'effetto ridotta, attorno a ,5 una dimensione dell'effetto media, e attorno a ,8 una dimensione dell'effetto ampia.

Nella lettura dei risultati al test MCMI-III non si tiene volutamente conto della prescrizione fatta dall'autore riguardo la necessità di sospendere l'interpretazione del test in talune condizioni (ad esempio se viene rilevata una grave patologia della personalità). Tale scelta è stata fatta per poter fare una lettura esplorativa delle risposte fornite dai soggetti presi in esami.

Il livello di significatività statistica scelto è  $p < .05$ . Nei grafici sottostanti, la significatività uguale o inferiore a .05 sarà indicata dal simbolo ✦

Per la disomogeneità della varianza, è stata adottata la correzione di Welch-Satterthwaite.

Si tenga presente che nei grafici viene mostrata solo la tendenza centrale e non le relative misure di variabilità, al fine di rendere più leggibili i grafici. Tuttavia, le deviazioni standard dei punteggi delle singole scale sono elencate nella tabella 5.1.

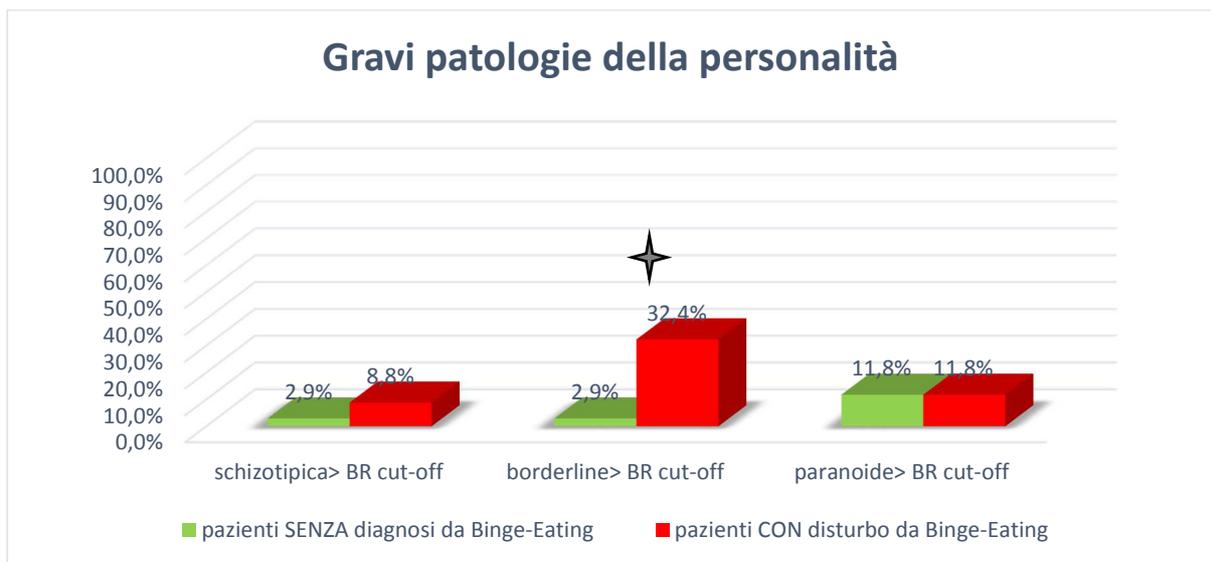
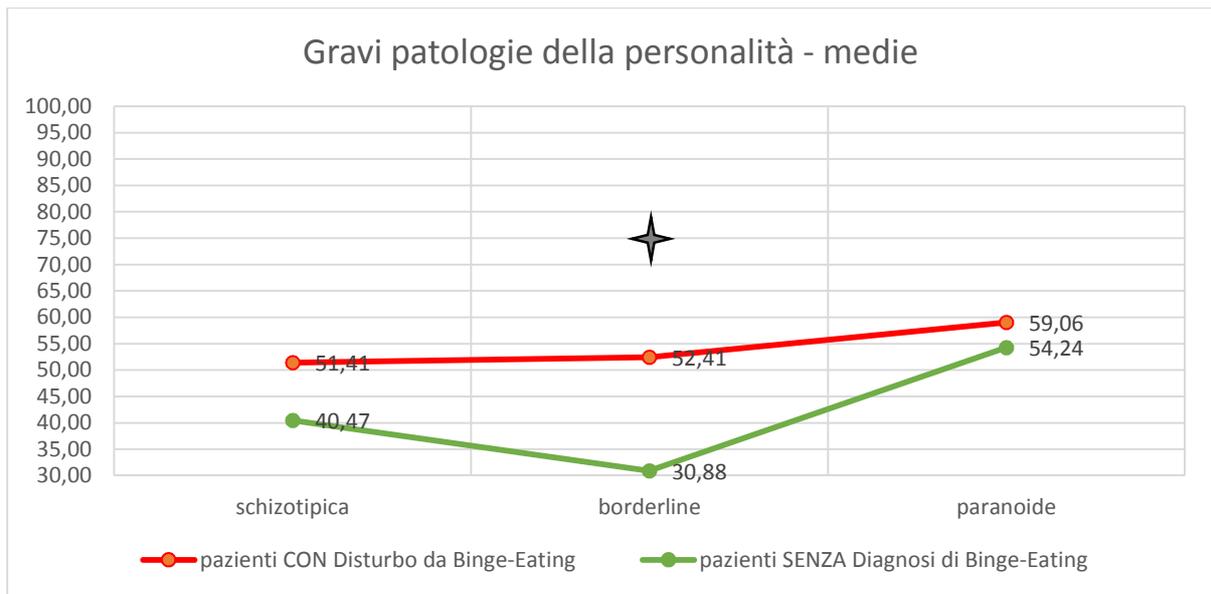
## Risultati

Per quanto riguarda il Campione 1 (pazienti - Milano), si riportano i risultati emersi dal confronto tra i due gruppi, seguendo l'iter interpretativo proposto da Millon (1982). Per i dati statistici si veda la Tab. 5.1 e successive, in fondo al presente Capitolo.

A livello delle scale che indicano la presenza di gravi patologie della personalità, i soggetti con Disturbo da Binge-eating mostrano in generale valori più alti rispetto ai soggetti senza diagnosi, con una differenza significativa nella scale borderline (sia per t-test che per Phi,  $p=,001$ ), a indicare una difficoltà a mantenere un equilibrio emotivo, con una costante tendenza all'impulsività. Tale aspetto sembra influenzare negativamente le relazioni interpersonali e la visione di sé.

L'immagine di sé, infatti, può apparire confusa, immatura, frammentata, e spesso caratterizzata da vissuti di vuoto. Si conferma, pertanto, una condizione di maggiore fragilità per i soggetti affetti da BED, ragione per cui faticano a tollerare alti livelli di stress, con il rischio di scivolare verso un piano più primitivo e concreto.

A livello interpersonale, alti livelli in questa scala indicano che è possibile rilevare comportamenti maladattivi di entrare in relazione con l'Altro, generando una situazione "paradossale" (Millon, 1997) in cui questi soggetti, nonostante sentano il bisogno di attenzioni e affetto, si comportino in modo imprevedibile, suscitando risposte di rifiuto. Ne derivano dei vissuti rabbiosi che possono sfociare verso modalità autodistruttive.



A livello delle scale di personalità, i due gruppi mostrano due andamenti diversi che si alternano in termini di gravità in alcune scale. Molte sono quelle in cui i soggetti con BED mostrano più alti livelli di gravità, ma risulta in maniera significativa, sia come medie del gruppo che come percentuale di soggetti sopra il cut-off clinico, solo nelle scale depressiva (t-test  $p = ,015$ ; phi  $p = ,038$ ) e masochistica (sia per t-test che per Phi,  $p < ,001$ ).

I vissuti depressivi presenti in misura maggiore nei soggetti con BED di, sembrano essere connotati da un "senso di abbattimento immodificabile" (Millon, 1997, p.30), ossia del generale scoraggiamento

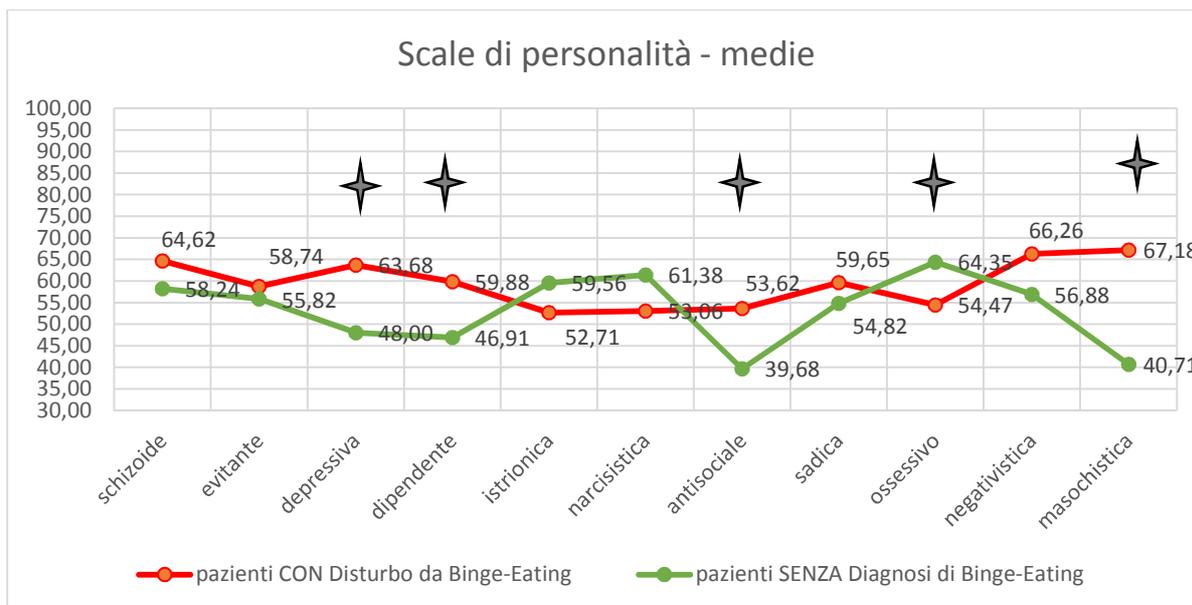
descritto in letteratura, connesso alla sensazione di essere condannato al permanere della propria condizione negativa. Ciò sembra essere connesso a una visione svalutata di sé, inadeguata, inutile e impotente.

L'attenzione di questi soggetti sembra quindi orientata prevalentemente sulle caratteristiche negative di sé (scala masochistica), che può portare questi soggetti a autopunirsi, e colpevolizzarsi e a mettere in atto, a livello interpersonale, degli atteggiamenti di sacrificio per l'Altro. Valori superiori al cut-off in questa scala indicano una difficoltà a livello emotivo che si traduce in una impossibilità a trarre piacere dal soddisfacimento dei propri bisogni, con un senso di frustrazione e la messa in atto di tentativi autosabotanti.

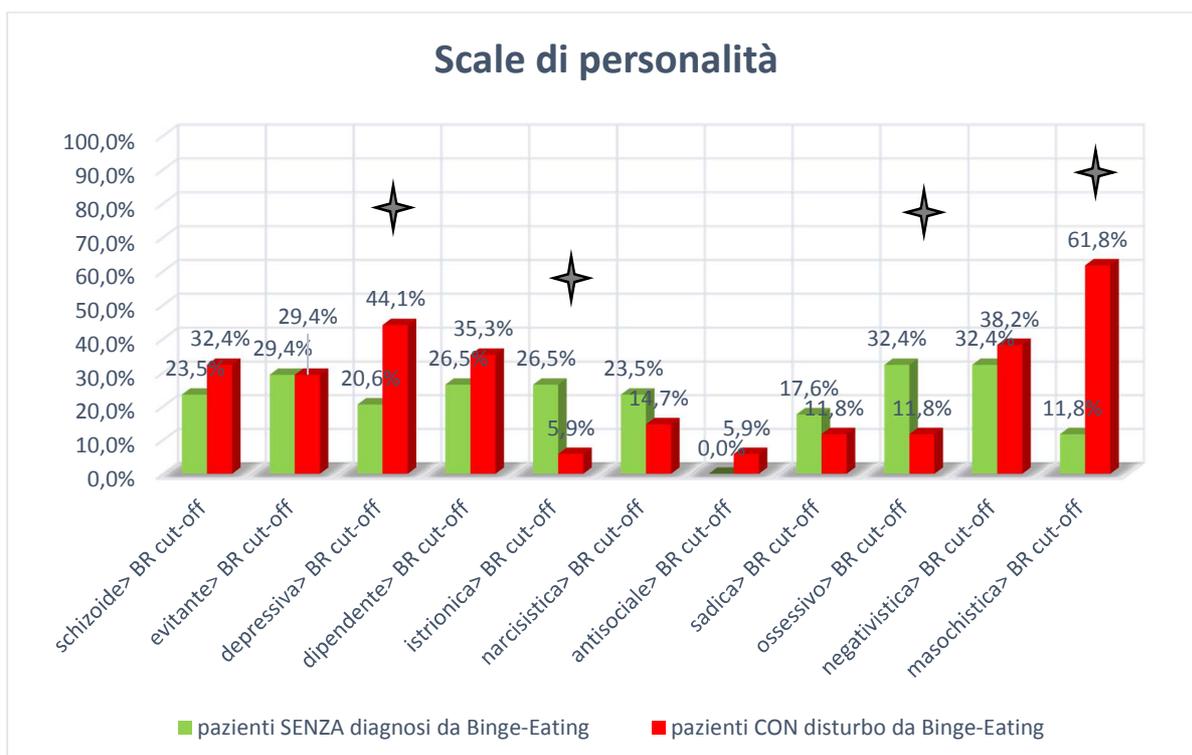
Anche i valori medi delle scale Dipendente e Antisociale risultano differenti fra i due gruppi (Dipendente  $p=,033$ ; Antisociale  $p=,005$ ), ma tale significatività non viene confermata dal numero di soggetti che superano la soglia clinica (Dipendente  $p=,095$ ; Antisociale  $p=,174$ ).

Il gruppo di pazienti senza diagnosi di binge-eating, invece, hanno valori superiori in maniera significativa (sia medie che frequenze) nella scala che riguarda la personalità Ossessiva (t-test  $p=,016$ ; Phi  $p=,041$ ), a differenza delle ipotesi formulate sulla base della letteratura. Questi sembrano caratterizzarsi per una maggiore rigidità cognitiva, con la tendenza a mantenere sotto controllo le proprie emozioni e a sopravvalutare aspetti di sé quali disciplina perfezionismo, prudenza e lealtà, aspetti che orientano il loro modo di vivere nel mondo e nel contatto con le altre persone.

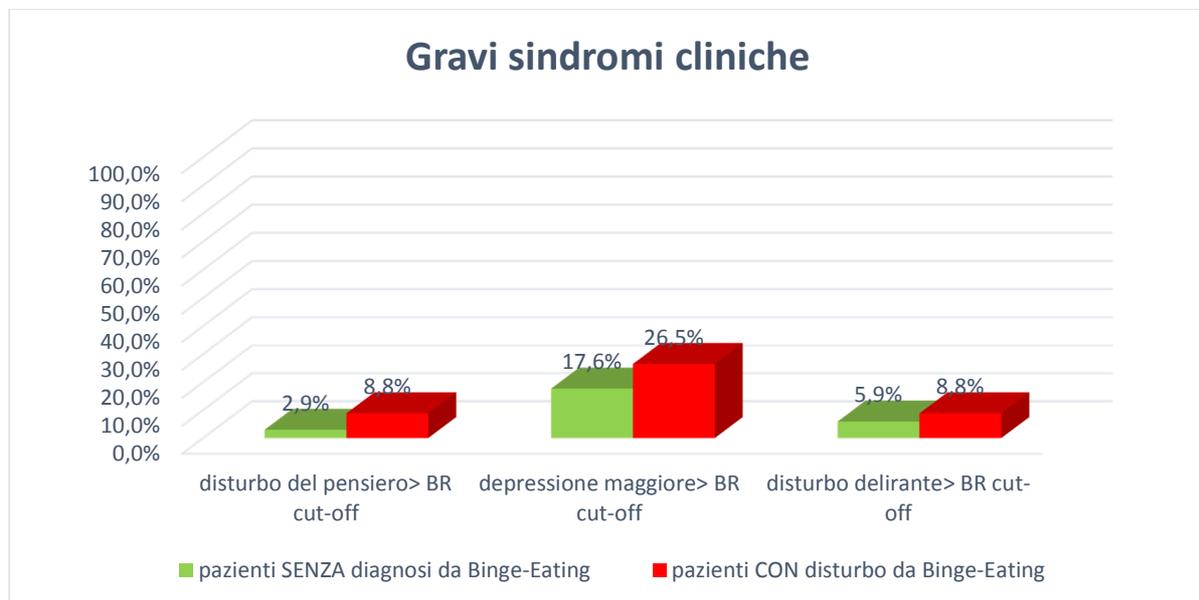
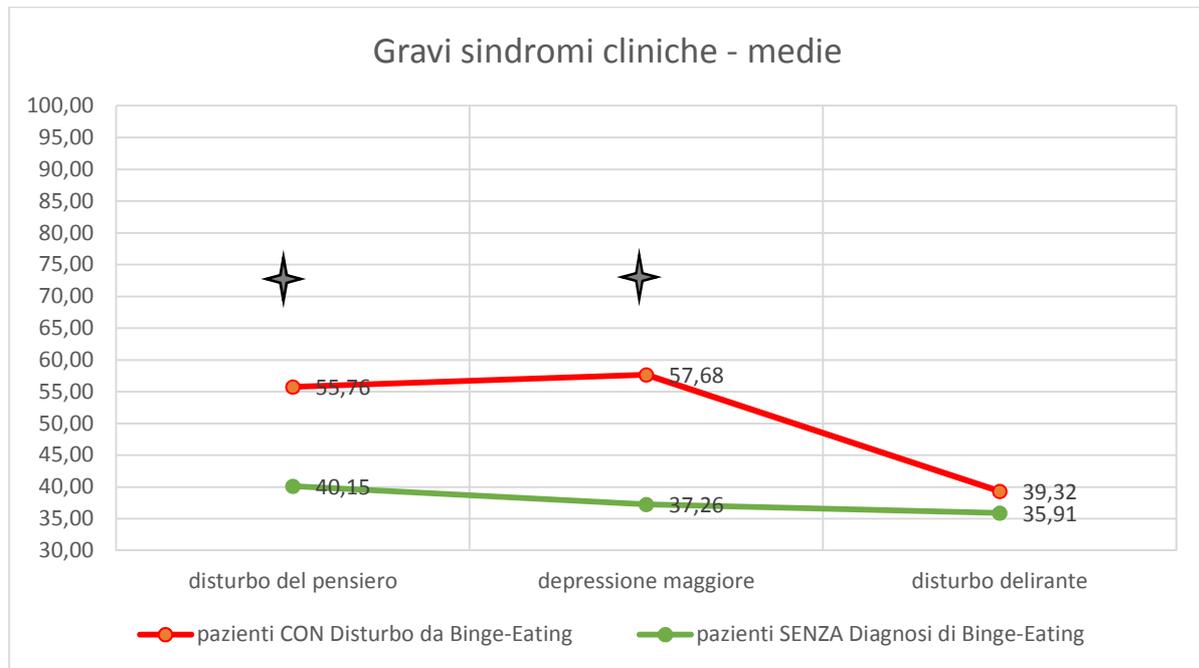
Anche le medie di altre due scale, Narcisistica e Istrionica, sono superiori in media nel campione di soggetti senza diagnosi ma non significativi in maniera statistica (Narcisistica t-test  $p=,062$ ; Istrionica t-test  $p=,175$ ).



I dati delle frequenze, invece, indicano una prevalenza significativa di soggetti positivi tra quelli senza diagnosi a quest'ultima scala (istrionica, phi p=,021). Tali risultati possono indicare, quindi, che questi soggetti, al contrario dei pazienti BED, hanno una visione più positiva di sé, unitamente a una tendenza a essere più attivi e "iper-reattivi" (Millon 1997, p.32), a scapito, però di evitare il contatto con il proprio mondo interno, optando per un approccio rigido e superficiale, aderente alle regole sociali.



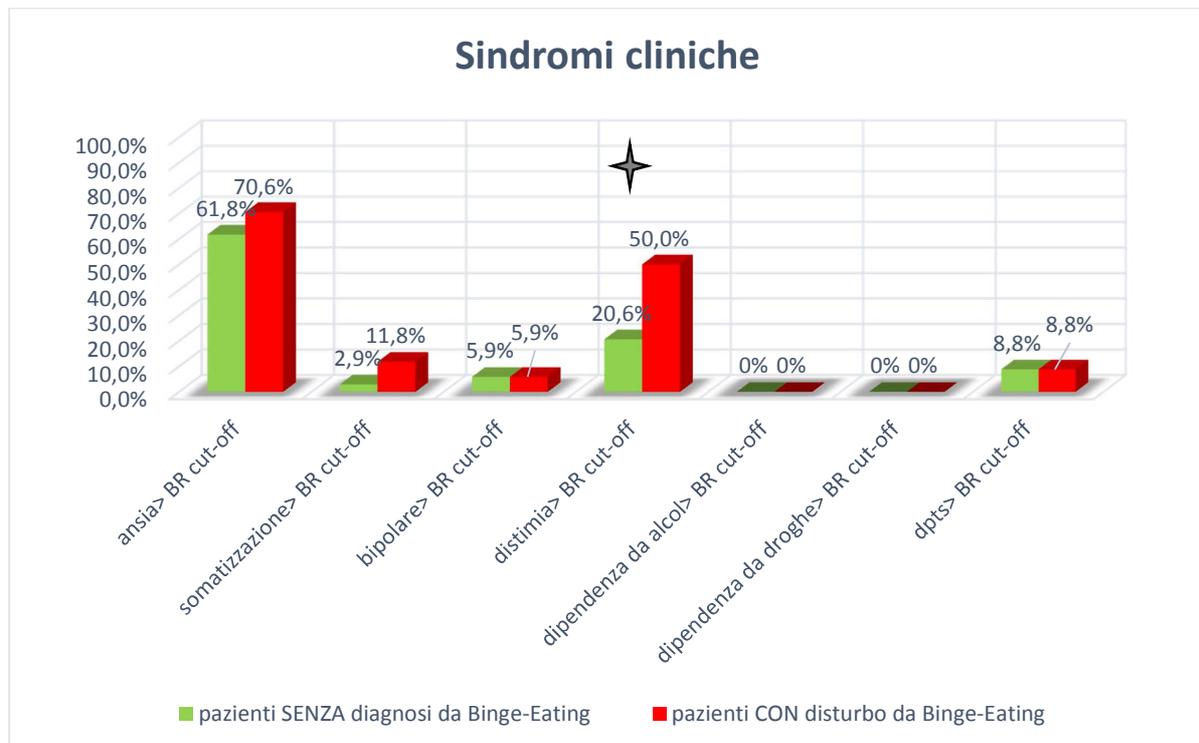
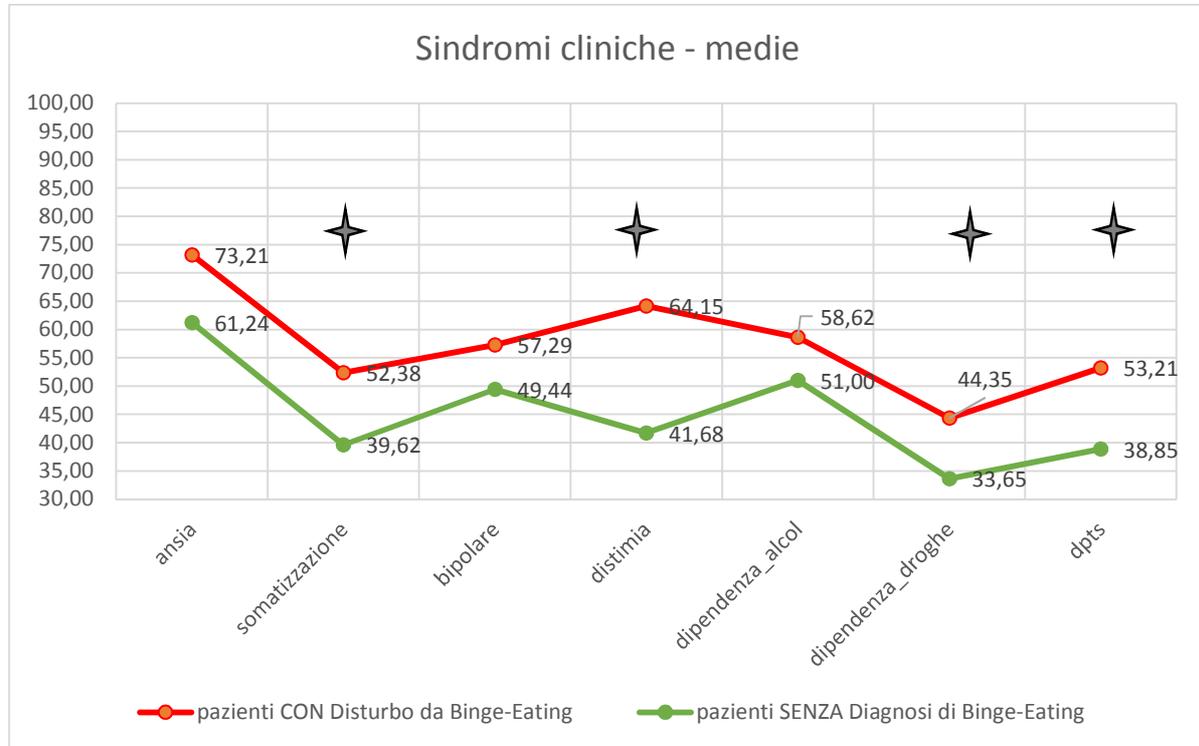
Per quanto riguarda le scale relativi alle Gravi sindromi cliniche, le differenze tra le medie relativamente alla presenza di Disturbo del pensiero ( $p=,004$ ) e Depressione maggiore ( $p=,001$ ) che mostrerebbero livelli più gravi nei soggetti con BED non vengono confermate dai dati delle frequenze (Disturbo del pensiero  $p=,125$ ; Depressione maggiore  $p=,106$ ).



A livello delle scale indicanti la presenza di Sindromi cliniche, i due gruppi sembrano avere un andamento simile, con, in generale, punteggi più alti per i pazienti con BED. Le frequenze indicano come

questi abbiano valori significativamente più alti solo nella Scala Distimia ( $p=,011$ ), a confermare la presenza di sentimenti di scoraggiamento o di colpa sopra citata.

Da notare come sia nei pazienti con BED che senza tale diagnosi, sono presenti alti livelli di vissuti ansiosi, rispettivamente nel 61,8% per i soggetti senza diagnosi e del 70,6% per quelli con diagnosi ( $\phi p=,442$ ).



Si riportano, nelle tabelle sottostanti, i valori dei punteggi medi dei due gruppi (N=68) con le deviazioni standard (sd) e i relativi valori di t-test, gradi di libertà (df) e significatività (p) (vedi Tab 5.1); e i valori di frequenze (n) con le corrispettive percentuali (%), valori del chi-quadrato e significatività (p) (vedi Tab. 5.2)

Da notare come le deviazioni standard siano molto ampie in entrambi i gruppi, a indicare una dispersione dei punteggi.

Tab. 5.1 Campione 1 (pazienti – Milano): confronto fra le medie dei due campioni con e senza diagnosi di BED. t test e d di Cohen

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge- Eating (n=34)		pazienti CON Disturbo da Binge-Eating (n=34)		t-test			Cohen's d <sup>5</sup>
		m	sd	m	sd	t	df	Sign.	
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	40,47	25,57	51,41	21,77	-1,900	66	,062	-0,461
	borderline	30,88	23,51	52,41	25,57	-3,614	66	,001*	-0,877
	paranoide	54,24	23,86	59,06	20,30	-,898	66	,373	-0,218
SCALE PERSONALITA' DI	schizoide	58,24	19,88	64,62	17,24	-1,414	66	,162	-0,343
	evitante	55,82	23,90	58,74	22,97	-,512	66	,610	-0,124
	depressiva	48,00	26,71	63,68	25,02	-2,498	66	,015*	-0,606
	dipendente	46,91	25,74	59,88	23,31	-2,178	66	,033*	-0,528
	istrionica	59,56	21,11	52,71	20,06	1,372	66	,175	0,333
	narcisistica	61,38	15,66	53,06	20,19	1,899	66	,062	0,461
	antisociale	39,68	20,90	53,62	18,16	-2,936	66	,005*	-0,712
	sadica	54,82	23,86	59,65	17,29	-,955	66	,343	-0,232
	ossessivo	64,35	13,30	54,47	19,14	2,472	66	,016*	0,600
	negativistica	56,88	21,88	66,26	20,26	-1,835	66	,071	-0,445
	masochistica	40,71	28,00	67,18	22,62	-4,288	66	<,001*	-1,040
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	40,15	22,91	55,76	19,85	-3,004	66	,004*	-0,729
	depressione maggiore	37,26	28,31	57,68	21,91	-3,324	66	,001*	-0,806
	disturbo delirante	35,91	28,56	39,32	28,61	-,492	66	,624	-0,119

<sup>5</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indentificano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	ansia	61,24	32,45	73,21	22,06	-1,779	58,13	,080	-0,431
	somatizzazione	39,62	26,84	52,38	22,06	-2,143	66,00	,036*	-0,520
	bipolare	49,44	21,06	57,29	18,52	-1,633	66,00	,107	-0,396
	distimia	41,68	28,89	64,15	22,14	-3,600	61,82	,001*	-0,873
	dipendenza da alcol	51,00	21,99	58,62	10,89	-1,810	48,26	,076	-0,439
	dipendenza da droghe	33,65	22,05	44,35	21,61	-2,022	66,00	,047*	-0,490
	dpts	38,85	27,83	53,21	20,60	-2,417	60,81	,019*	-0,586

Tab. 5.2 Campione 1 (pazienti – Milano): confronto fra le frequenze dei due campioni con e senza diagnosi di BED rispetto al cut-off clinico del test MCMI-III tramite la Statistica Phi.

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating (n=34)				pazienti CON Disturbo da Binge-Eating (n=34)				Phi		Sign.	
		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off					
		n	%	n	%	n	%	n	%				
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	33	97,10%	1	2,90%	31	91,20%	3	8,80%	,125	,303		
	borderline	33	97,10%	1	2,90%	23	67,60%	11	32,40%	,386	,001*		
	paranoide	30	88,20%	4	11,80%	30	88,20%	4	11,80%	0,000	1,000		
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	26	76,50%	8	23,50%	23	67,60%	11	32,40%	,098	,417		
	evitante	24	70,60%	10	29,40%	24	70,60%	10	29,40%	0,000	1,000		
	depressiva	27	79,40%	7	20,60%	19	55,90%	15	44,10%	,251	,038*		
	dipendente	25	73,50%	9	26,50%	22	64,70%	12	35,30%	,095	,431		
	istrionica	25	73,50%	9	26,50%	32	94,10%	2	5,90%	-,280	,021*		
	narcisistica	26	76,50%	8	23,50%	29	85,30%	5	14,70%	-,112	,355		
	antisociale	34	100,00%	0	0,00%	32	94,10%	2	5,90%	,174	,151		
	sadica	28	82,40%	6	17,60%	30	88,20%	4	11,80%	-,083	,493		
	ossessivo	23	67,60%	11	32,40%	30	88,20%	4	11,80%	-,248	,041*		
	negativistica	23	67,60%	11	32,40%	21	61,80%	13	38,20%	,062	,612		
masochistica	30	88,20%	4	11,80%	13	38,20%	21	61,80%	,518	<,001*			
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	33	97,10%	1	2,90%	31	91,20%	3	8,80%	,125	,303		
	depressione maggiore	28	82,40%	6	17,60%	25	73,50%	9	26,50%	,106	,380		
	disturbo delirante	32	94,10%	2	5,90%	31	91,20%	3	8,80%	,056	,642		
	ansia	13	38,20%	21	61,80%	10	29,40%	24	70,60%	,093	,442		
	somatizzazione	33	97,10%	1	2,90%	30	88,20%	4	11,80%	,169	,163		

SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	bipolare	32	94,10%	2	5,90%	32	94,10%	2	5,90%	0,000	1,000
	distimia	27	79,40%	7	20,60%	17	50,00%	17	50,00%	,308	,011*
	dipendenza da alcol	34	100,00%	0	0,00%	34	100,00%	0	0,00%	-	-
	Dipendenza da droghe	34	100,00%	0	0,00%	34	100,00%	0	0,00%	-	-
	dpts	31	91,20%	3	8,80%	31	91,20%	3	8,80%	0,000	1,000

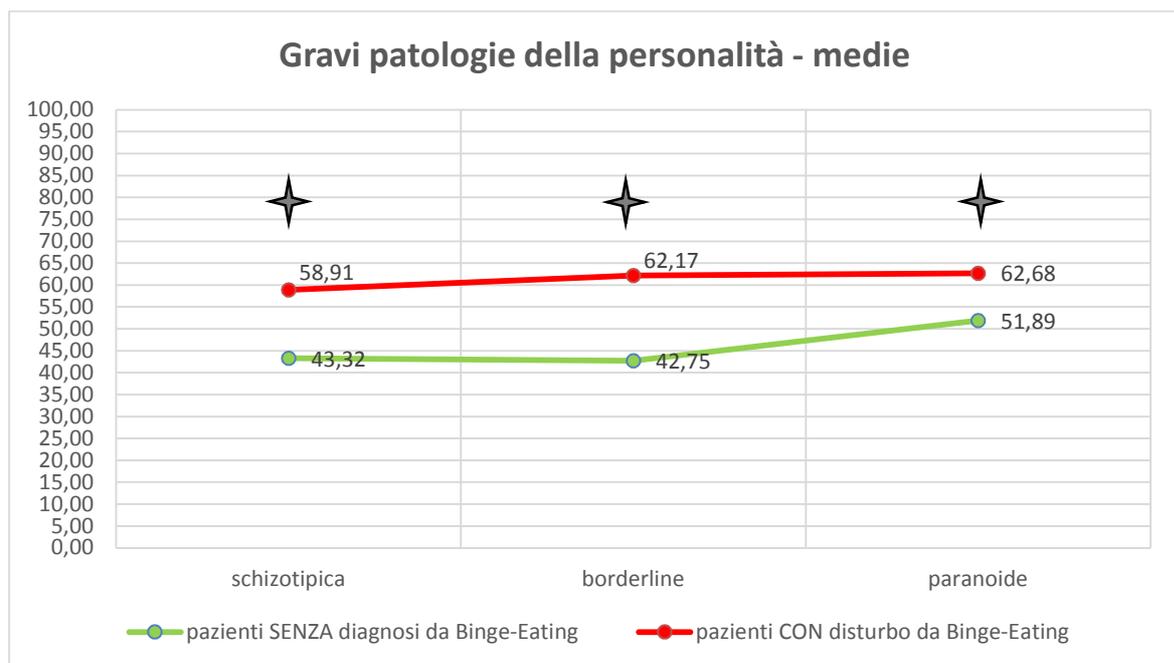
## REPLICA ANALISI SUL CAMPIONE 2 (PAZIENTI – PALERMO)

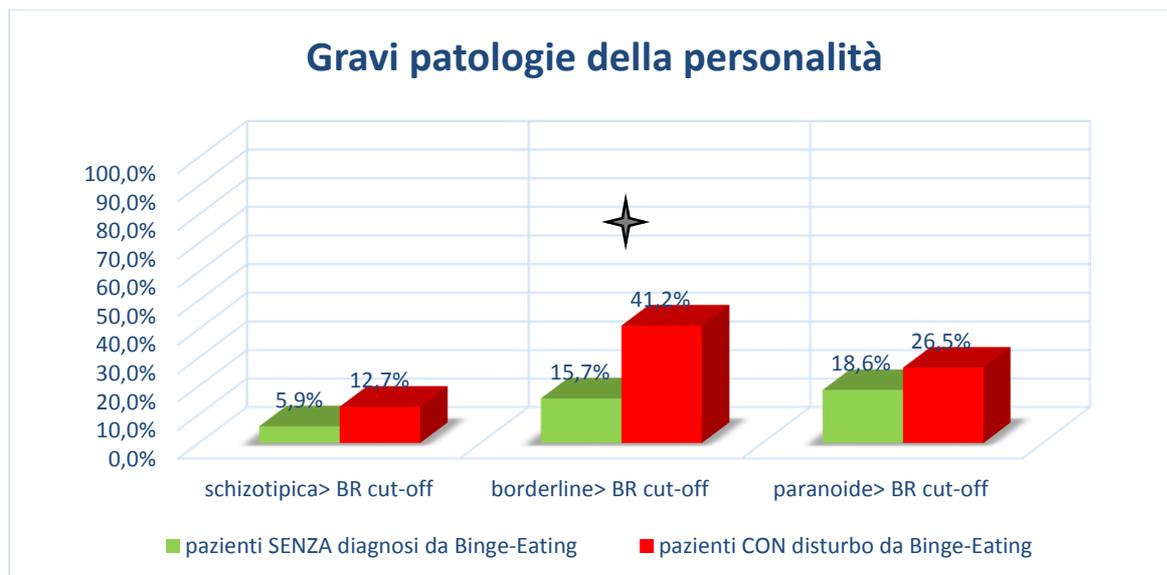
Le analisi effettuate sul Campione 1 (pazienti - Milano) sono state poi replicate sul Campione 2 (pazienti - Palermo).

I dati mostrano un andamento simile dei gruppi dei due Campioni, con significative differenze fra i due gruppi sia per le Scale di Personalità che per quelli cliniche.

A livello delle Scale relative alle Gravi patologie della personalità, i dati del presente campione confermano gli elevati punteggi dei pazienti con BED nella scala Borderline, evidenziando delle consistenze carenze a livello di coesione di sé e regolazione emotiva ( $p < ,001$ ).

Le scale Schizotipica e Paranoide sono significative solo a livello di differenza fra le medie (Schizotipica  $p < ,001$   $d = -0,817$ ; Paranoide  $p = ,003$   $d = -0,419$ ).





Molteplici sono le differenze fra il gruppo di pazienti con e senza BED relativamente alle Scale di personalità in questo Campione (Campione 2 (pazienti - Palermo)).

Simile ai dati del Campione 1 (pazienti - Milano), risulta la presenza nei soggetti BED di vissuti depressivi (Scala depressiva  $p < ,001$   $d = -0,835$ ) e di un'immagine svalutata di sé che nelle relazioni interpersonali si traduce in una modalità disadattiva di sacrificarsi per l'Altro (scala masochistica  $p < ,001$   $d = -0,881$ ).

Per quanto riguarda la scala Dipendente, nel Campione 1 (pazienti - Milano) i punteggi dei soggetti BED risultavano in media superiori a quelli dei pazienti senza la diagnosi BED, ma i dati di coloro che superavano il cut-off di rilevanza clinica non erano sufficienti per confermare tale differenza. Nel presente campione, invece, sia i valori delle medie che delle frequenze rilevano la tendenza per questa tipologia di soggetti a avere una modalità adesiva e passiva di entrare in relazione, sovrastimando in qualche modo la figura dell'Altro (scala dipendente  $p < ,001$   $d = -0,791$ ).

Analogamente, anche relativamente alle Scale Schizoide e Evitante, si osservano punteggi più alti per i soggetti BED, che in questo caso, raggiungono differenze significative (Schizoide  $p = ,001$   $d = -0,484$ ; Evitante  $p < ,001$   $d = -0,752$ ). Tali dati possono indicare una povertà a livello di capacità introspettive, con una scarsa consapevolezza di sé e dell'Altro, e una tendenza al ritiro e all'evitamento delle rapporti interpersonali. Il quadro descritto sembra essere connesso alla visione svalutata di sé, evidenziando un quadro complessivo di fragilità.

Allo stesso modo, si rileva una differenza significativa nella Scala negativistica, a conferma della visione negativa che i soggetti con BED sembrano avere, sia relativamente alla visione di sé che nel modo in cui interpretano il mondo esterno e l'Altro ( $p < ,001$   $d = -0,560$ ).

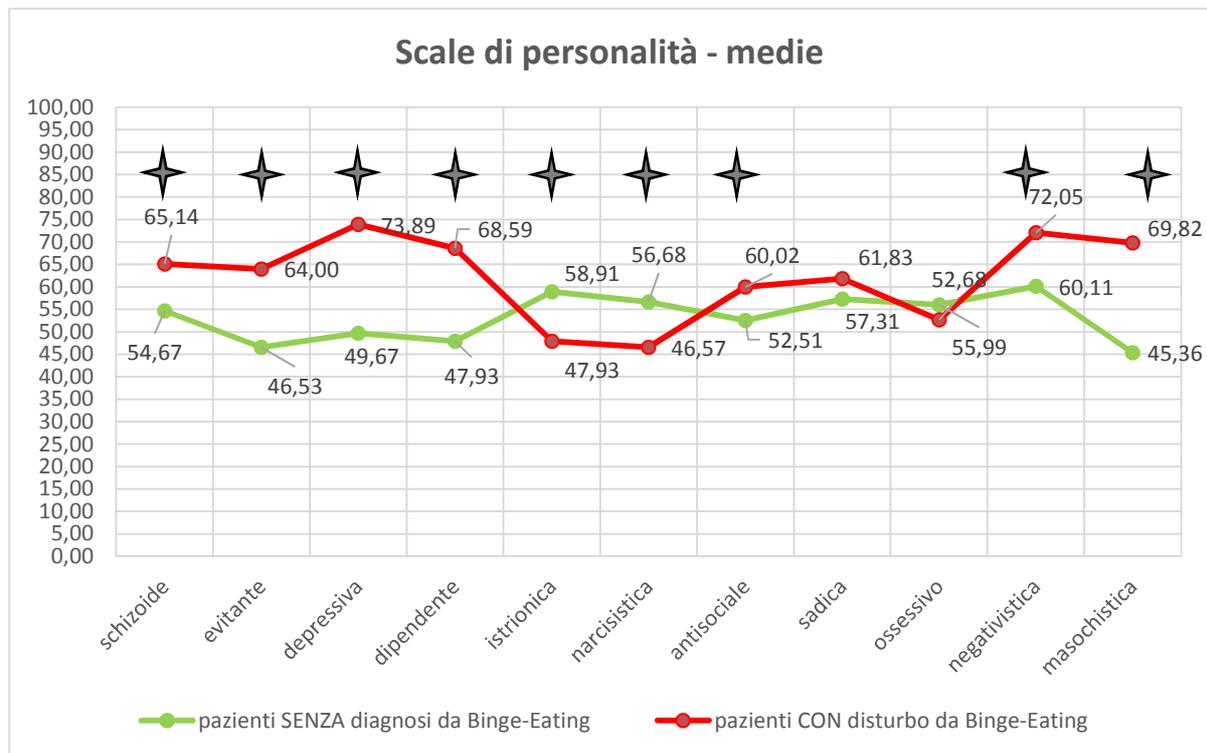
Le medie alla Scala Antisociale dei soggetti con BED appaiono più elevate dei soggetti senza BED in entrambi i campioni, a indicare la presenza di una modalità impulsiva, ma i dati delle frequenze non evidenziano differenze statisticamente significative fra i due gruppi di pazienti in esame (t-test  $p=,008$   $d=-0,377$ ; phi  $p=,535$ ).

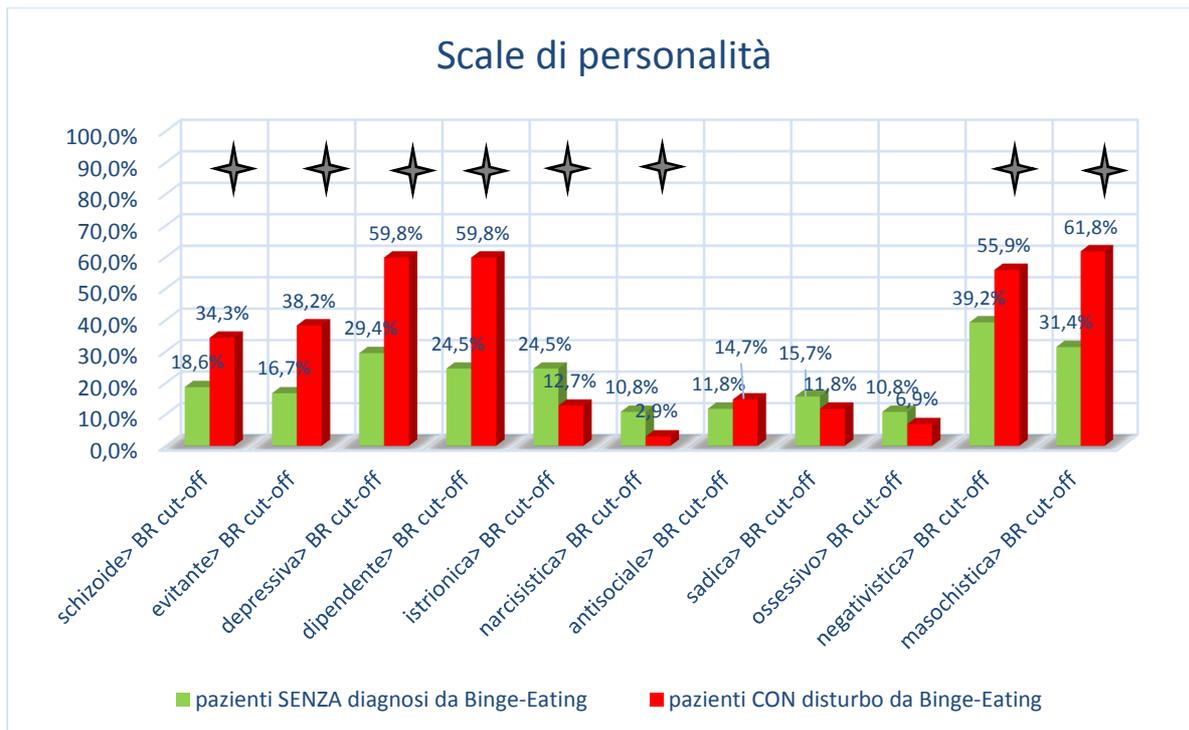
I valori dei soggetti con BED risultano inferiori a quelli dei soggetti senza diagnosi di Disturbo da Binge-eating solo per le tre Scale di Personalità Istrionica ( $p<,001$   $d=-0,525$ ), Narcisistica ( $p<,001$   $d=-0,619$ ) e Ossessiva ( $p=125$   $d=-0,216$ ), così come rilevato nel Campione 1 (pazienti - Milano).

La scala Ossessiva che risultava significativa nel Campione 1 (pazienti - Milano), non raggiunge, qui, livelli di significatività, né in termini di medie né di frequenze (phi  $p=,323$ ).

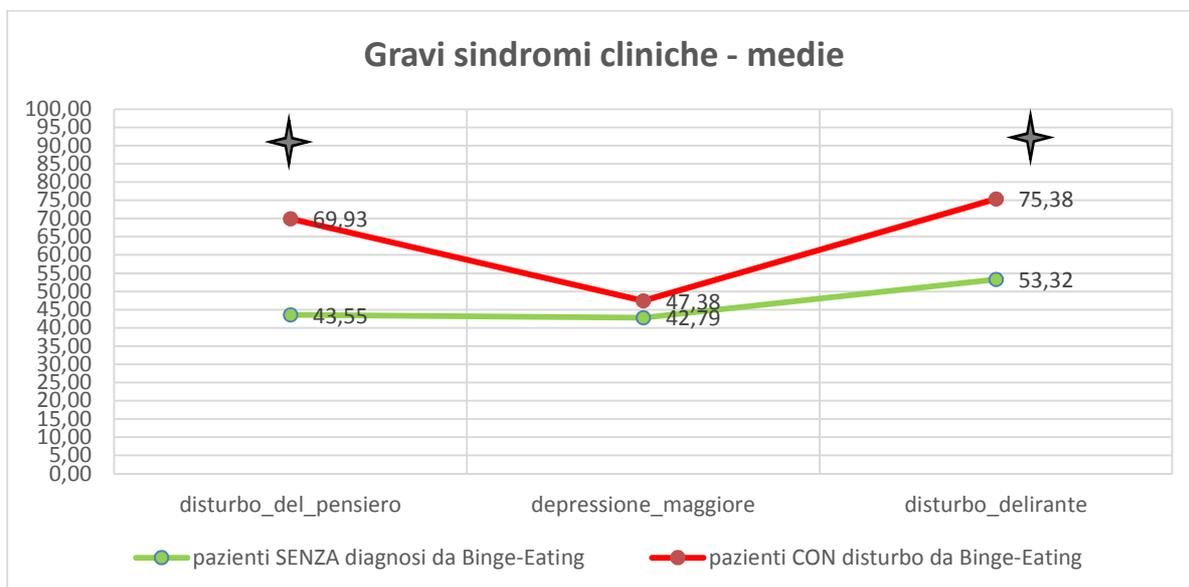
La scala Istrionica nel campione precedente risultava differente per i due gruppi solo a livello di frequenza di soggetti al di sopra del cut-off, mentre in questo caso anche i dati medi sono significativi ( $p<,001$   $d=-0,525$ ).

A differenza del Campione 1 (pazienti - Milano), risulta significativa anche la scala Narcisistica ( $p<,001$   $d=-0,619$ ), a conferma della lontananza del gruppo di soggetti con BED da un'immagine di sé estremamente positiva e dalla loro vulnerabilità rispetto agli stimoli provenienti dall'esterno.

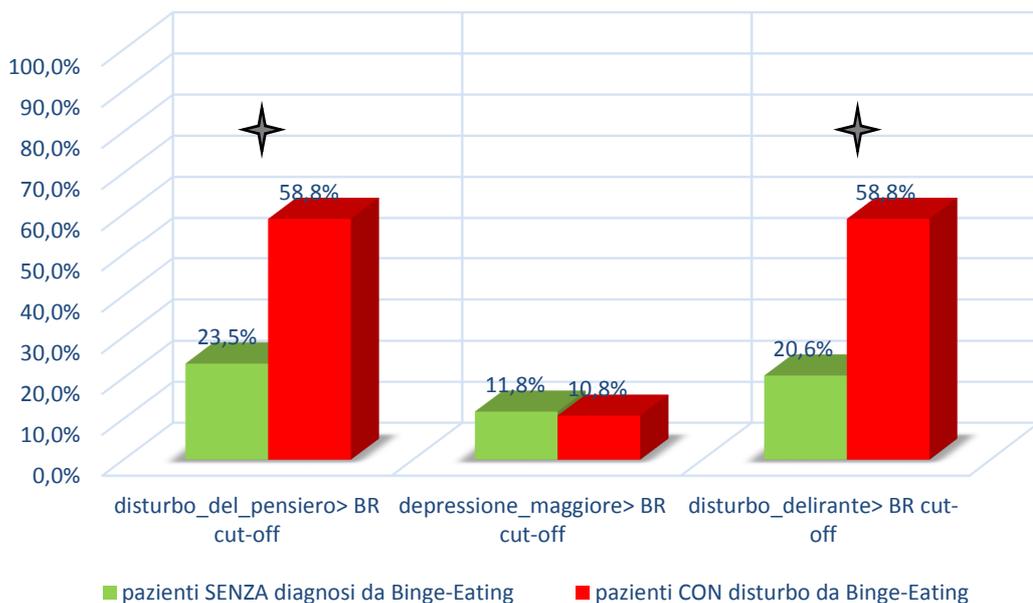




A differenza dei risultati emersi nella precedente ricerca (che mostrano comunque un trend simile), in questo campione emergono differenze statisticamente significative nelle Scale relative alle Gravi sindromi cliniche, nello specifico le Scale Disturbo del pensiero ( $p < .001$   $d = -0,955$ ) e Disturbo delirante ( $p < .001$   $d = -0,960$ ). Esse indicano la presenza di comportamenti incongrui, disorganizzati o regressivi, con un pensiero che può essere confuso, disorganizzato o bizzarro, unitamente alla sensazione di non essere compresi dal mondo esterno e a una tendenza a essere diffidenti, allarmati e sospettosi.

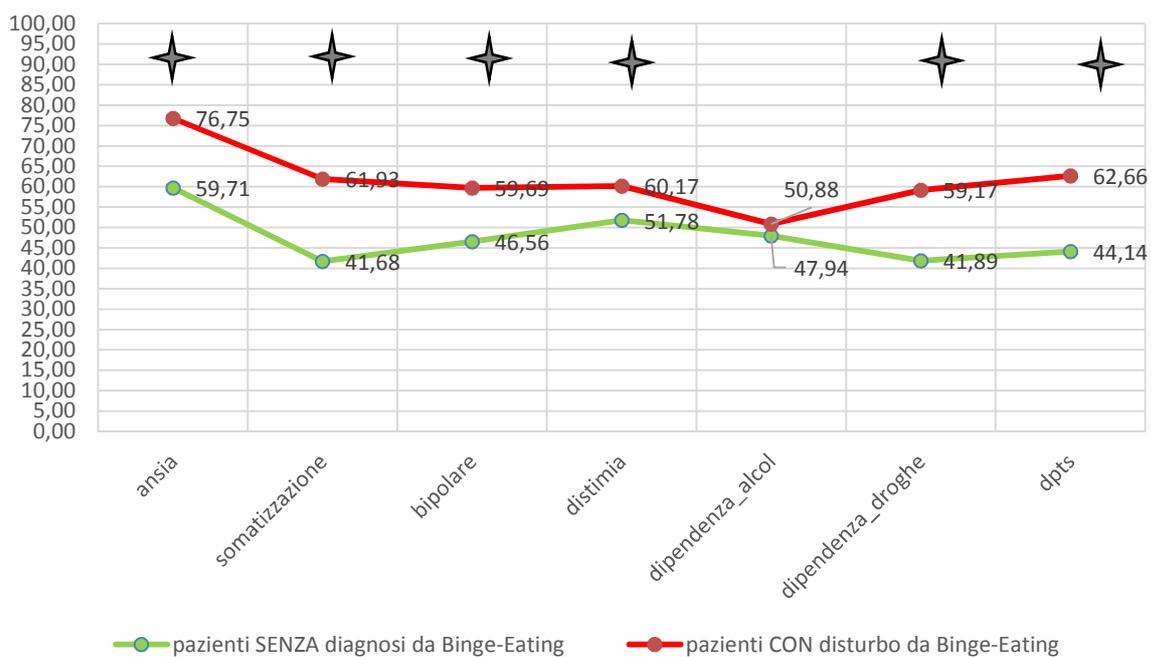


## Gravi sindromi cliniche



I soggetti con BED risultano avere punteggi significativamente più alti in tutte le Scale delle Sindromi cliniche, eccetto per quella riguardante la dipendenza da alcol ( $p=,314$ ), mentre nel Campione 1 (pazienti - Milano) solo la scala della Distimia raggiungeva la significatività.

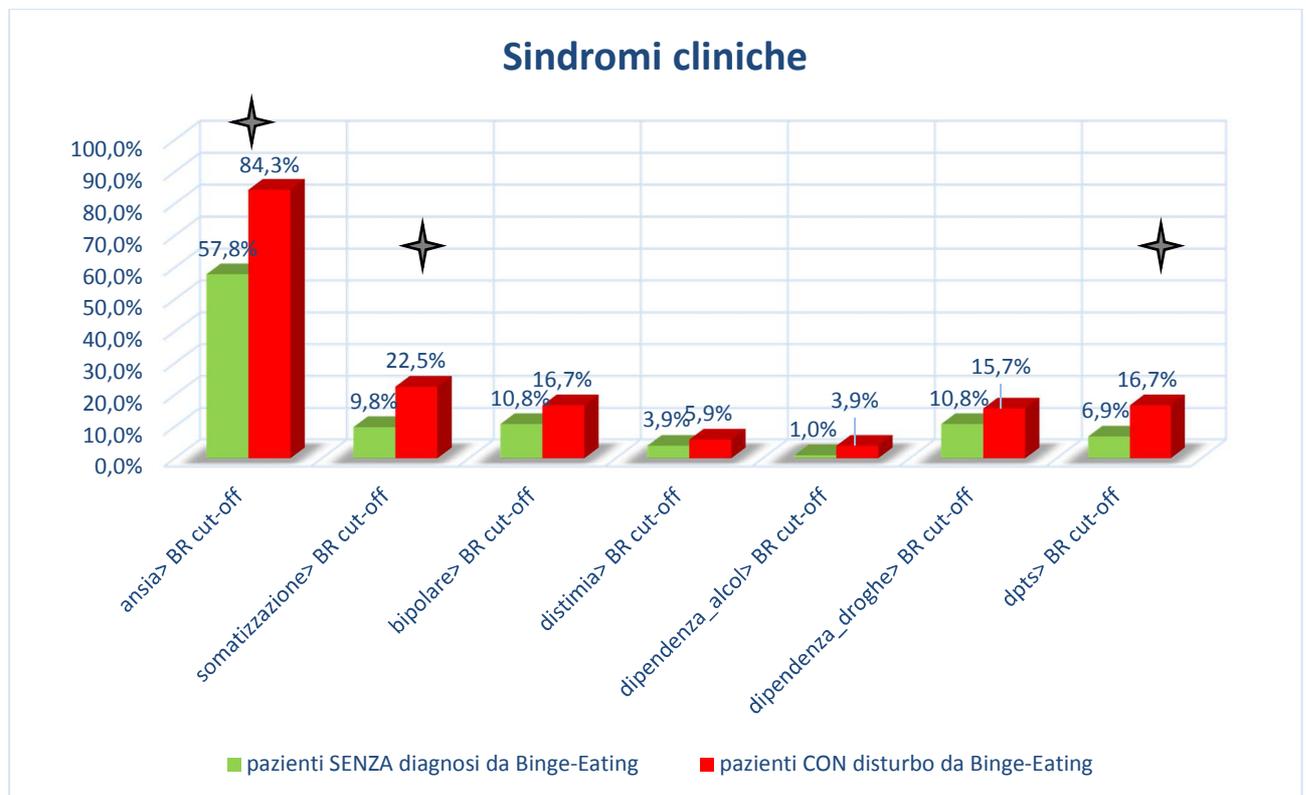
## Sindromi cliniche - medie



Come per il Campione 1 (pazienti - Milano), i livelli di vissuti ansiosi dei soggetti con BED sono molto elevati, al punto che la scala Ansia risulta clinicamente rilevante per l'84,3% dei soggetti. A livello di frequenze, le uniche due Scale che risultano avere una differenza statisticamente significativa sono Somatizzazione ( $p < ,001$   $d = -0,811$ ) e Dpts ( $p < ,001$   $d = -0,800$ ).

Ciò può indicare che i soggetti con BED tendono a esprimere le loro difficoltà psicologiche attraverso canali somatici, unitamente a una forte preoccupazione indefinita per la propria salute, mostrando una incapacità a interpretare in maniera adeguata i segnali provenienti dal proprio corpo (scala Somatizzazione).

Inoltre, è possibile che questa tipologia di soggetti abbia fatto esperienza di un evento che ha comportato una seria minaccia per la loro vita, con connessi sentimenti di forte paura o impotenza (Scala DPTS).



Si riportano, nelle tabelle sottostanti, i valori dei punteggi medi dei due gruppi (N complessivo=204) con le deviazioni standard (sd) e i relativi valori di t-test, gradi di libertà (df) e significatività (p) (vedi Tab 5.3); e i valori di frequenze (n) con le corrispettive percentuali (%), valori del chi-quadrato e significatività (p) (vedi Tab. 5.4)

Da notare come, analogamente al campione milanese, anche in questo campione le deviazioni standard siano molto ampie in entrambi i gruppi.

Tab. 5.3 Campione 2 (pazienti – Palermo): confronto fra le medie dei due campioni con e senza diagnosi di BED. t test e d di Cohen

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge- Eating (n=102)		pazienti CON Disturbo da Binge-Eating (n=102)		t-test			Cohen's d <sup>6</sup>
		m	sd	m	sd	t	df	Sign.	
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	43,32	28,24	58,91	19,03	-4,623	177,06	<,001*	-0,647
	borderline	42,75	26,09	62,17	21,14	-5,838	193,68	<,001*	-0,817
	paranoide	51,89	28,35	62,68	22,84	-2,992	193,23	,003*	-0,419
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	54,67	24,39	65,14	18,50	-3,454	188,29	,001*	-0,484
	evitante	46,53	24,03	64,00	22,42	-5,369	202,00	<,001*	-0,752
	depressiva	49,67	32,78	73,89	24,69	-5,962	187,69	<,001*	-0,835
	dipendente	47,93	27,60	68,59	24,53	-5,650	199,25	<,001*	-0,791
	istrionica	58,91	18,74	47,93	22,88	3,750	194,46	<,001*	0,525
	narcisistica	56,68	15,05	46,57	17,51	4,423	197,54	<,001*	0,619
	antisociale	52,51	22,56	60,02	16,82	-2,695	186,77	,008*	-0,377
	sadica	57,31	20,96	61,83	15,24	-1,761	184,47	,080	-0,247
	ossessivo	55,99	13,85	52,68	16,72	1,541	195,21	,125	0,216
	negativistica	60,11	24,78	72,05	17,20	-3,998	180,01	<,001*	-0,560
masochistica	45,36	31,96	69,82	22,84	-6,290	182,82	<,001*	-0,881	
GRAVI SINDROMI CLINICHE	Disturbo del pensiero	43,55	32,27	69,93	21,99	-6,823	178,17	<,001*	-0,955
	Depressione maggiore	42,79	30,77	47,38	29,97	-1,079	202,00	,282	-0,151
	Disturbo delirante	53,32	24,29	75,38	21,61	-6,852	199,31	<,001*	-0,960
SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	ansia	59,71	31,73	76,75	18,26	-4,700	161,28	<,001*	-0,658
	somatizzazione	41,68	29,15	61,93	19,92	-5,794	178,47	<,001*	-0,811
	bipolare	46,56	27,55	59,69	22,43	-3,732	194,00	<,001*	-0,523
	distimia	51,78	21,12	60,17	14,02	-3,340	175,58	,001*	-0,468
	Dipendenza da alcol	47,94	20,20	50,88	21,44	-1,009	202,00	,314	-0,141
	Dipendenza da droghe	41,89	29,76	59,17	21,54	-4,748	184,03	<,001*	-0,665
	dpts	44,14	27,87	62,66	17,19	-5,712	168,09	<,001*	-0,800

<sup>6</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indicano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

Tab. 5.4 Campione 2 (pazienti – Palermo): confronto fra le frequenze dei due campioni con e senza diagnosi di BED rispetto al cut-off clinico del test MCMI-III tramite la Statistica Phi.

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating (n=102)				pazienti CON Disturbo da Binge-Eating (n=102)				phi Sign.	
		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	96	94,10%	6	5,90%	89	87,30%	13	12,70%	,118	,092
	borderline	86	84,30%	16	15,70%	60	58,80%	42	41,20%	,283	<,001*
	paranoide	83	81,40%	19	18,60%	75	73,50%	27	26,50%	,094	,180
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	83	81,40%	19	18,60%	67	65,70%	35	34,30%	,178	,011*
	evitante	85	83,30%	17	16,70%	63	61,80%	39	38,20%	,242	,001*
	depressiva	72	70,60%	30	29,40%	41	40,20%	61	59,80%	,306	<,001*
	dipendente	77	75,50%	25	24,50%	41	40,20%	61	59,80%	,357	<,001*
	istrionica	77	75,50%	25	24,50%	89	87,30%	13	12,70%	-,151	,031*
	narcisistica	91	89,20%	11	10,80%	99	97,10%	3	2,90%	-,155	,027*
	antisociale	90	88,20%	12	11,80%	87	85,30%	15	14,70%	,043	,535
	sadica	86	84,30%	16	15,70%	90	88,20%	12	11,80%	-,057	,416
	ossessivo	91	89,20%	11	10,80%	95	93,10%	7	6,90%	-,069	,323
	negativistica	62	60,80%	40	39,20%	45	44,10%	57	55,90%	,167	,017*
masochistica	70	68,60%	32	31,40%	39	38,20%	63	61,80%	,305	<,001*	
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	78	76,50%	24	23,50%	42	41,20%	60	58,80%	,359	<,001*
	depressione maggiore	90	88,20%	12	11,80%	91	89,20%	11	10,80%	-,015	,825
	disturbo delirante	81	79,40%	21	20,60%	42	41,20%	60	58,80%	,391	<,001*
SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	ansia	43	42,20%	59	57,80%	16	15,70%	86	84,30%	,292	<,001*
	somatizzazione	92	90,20%	10	9,80%	79	77,50%	23	22,50%	,173	,013*
	bipolare	91	89,20%	11	10,80%	85	83,30%	17	16,70%	,085	,222
	distimia	98	96,10%	4	3,90%	96	94,10%	6	5,90%	,045	,517
	dipendenza da alcol	101	99,00%	1	1,00%	98	96,10%	4	3,90%	,095	,174
	Dipendenza da droghe	91	89,20%	11	10,80%	86	84,30%	16	15,70%	,072	,302
	dpts	95	93,10%	7	6,90%	85	83,30%	17	16,70%	,152	,030*

## Discussione e Conclusioni

I dati ricavati dal Test MCMI-III nei soggetti del Campione 1 (pazienti - Milano) sembrano confermare i dati di letteratura in merito a maggiori livelli di psicopatologia per i soggetti con Diagnosi di BED in confronto a soggetti senza tale diagnosi. Nello specifico, in entrambi i Campioni sembrano emergere le caratteristiche centrali nella personalità dei soggetti con un Disturbo da Binge-eating che si ritrovano in letteratura.

Queste comprendono una fragilità del sé con un'immagine di sé instabile e svalutata, caratterizzata da sentimenti di vuoto e da una incapacità a controllare gli impulsi. Il pensiero orientato agli aspetti negativi sia interni che esterni si accompagnerebbe a vissuti depressivi, con un'interferenza a livello di relazioni interpersonali e la capacità dei soggetti con BED di trovare la "giusta distanza" nel rapporto con l'Altro (Scale di personalità Borderline e Depressiva).

Nel Campione 2 (pazienti - Palermo), sono risultate significative ulteriori scale di personalità. Esse, sembrano rafforzare l'andamento dei dati nella direzione degli aspetti di fragilità sopra indicati, con un'accento sulle componenti auto-punitive che possono sfociare dalla focalizzazione di questi soggetti sugli aspetti negativi (scale della personalità schizoide, evitante, masochistica e negativistica).

Questi dati sembrano discostarsi da quelli relativi ai soggetti senza il disturbo di binge-eating, in cui prevale una migliore visione di sé e la tendenza ad avere un pensiero più rigido e organizzato (scale di personalità narcisistica, istrionica, ossessiva).

A livello di sindromi cliniche, in entrambi i Campioni si evidenzia la presenza di maggiori sentimenti distimici e più alti livelli di ansia per i soggetti BED, con la possibilità di somatizzazione (Campione 1 (pazienti - Milano) scala distimia; Campione 2 (pazienti - Palermo) scale ansia, somatizzazione).

Il pensiero risulta, quindi, intaccato dalla presenza del disturbo BED, con soggetti nel Campione 2 (pazienti - Palermo) che presentano gravi sindromi cliniche.

Pertanto, tali fanno ipotizzare che l'MCMI-III può rappresentare uno strumento sia in grado di cogliere le caratteristiche centrali di questo Disturbo. Ciò non toglie la necessità di considerare la possibile presenza di bias relativi al fatto che si tratta di uno strumento self-report.

Per tale ragione, nello studio seguente si è ricorso a uno strumento performance-based, così da indagare le caratteristiche di funzionamento dei soggetti con il Disturbo da Binge-eating.

## Capitolo 6

### Esplorare le caratteristiche di personalità dei soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating attraverso il Test di Rorschach

Com'è evidenziato nel Cap 3, l'utilizzo congiunto di strumenti di varia natura, self-report o performance-based, permette di esplorare a livelli diversi il funzionamento di personalità di un soggetto.

Scopo del presente lavoro è indagare le caratteristiche di personalità dei soggetti con diagnosi BED attraverso uno strumento performance-based, quale il test di Rorschach.

Estremamente ridotti sembrano essere gli studi sul Binge-eating Disorder in cui è stato utilizzato questo metodo di indagine.

Inserendo le parole chiave "binge-eating" e "rorschach" nel motore di ricerca Psychinfo, senza porre alcun altro tipo di filtro di selezione, compaiono solo 10 articoli, ma alcuni di questi risultano centrati sui disturbi alimentari anoressia e bulimia, in cui il comportamento binge-eating è una caratteristica di essi, oppure si tratta di lavori pubblicati su riviste di scarsa diffusione, ad esempio in lingua portoghese o giapponese.

Analoga situazione se usate come parole chiave "emotional eating" e "rorschach".

Dalla scarsa letteratura presente, si evincerebbe la presenza, nei soggetti con binge-eating Disorder, di un quadro caratterizzato da difficoltà nell'area cognitiva, relativamente alla bontà del loro esame di realtà, rispetto a soggetti senza BED, unitamente alla presenza delle caratteristiche tipiche del disturbo borderline di personalità (Yukari, 2000).

La letteratura sullo studio del disturbo borderline attraverso il test di Rorschach è molto estesa (Berg, 1983; Gartner, Hurt, & Gartner, 1989). Una caratteristica centrale del paziente borderline riguarda la difficoltà nelle relazioni interpersonali, con oscillazioni fra svalutazione e idealizzazione (APA, 1980, 1994): ciò rifletterebbe la loro instabilità emotiva, con numerosi slittamenti fra depressione, ansia, irritabilità, intensa rabbia, problema nel controllo, contribuendo a una vulnerabilità alla disorganizzazione (Skinstad, 1999). Centrale, infatti, è la minore tendenza a controllare gli impulsi, che vengono direzionati in maniera autodistruttiva, con una ridotta tolleranza dello stress e una tendenza al sovraccarico. Il quadro descritto intacca la visione di sé, che appare negativa, unitamente a difficoltà

a livello di esame di realtà, rilevato dal test attraverso la qualità formale delle risposte fornite. Ne deriva, quindi, la presenza di una immaturità nello sviluppo psicologico o funzione deteriorata, con le caratteristiche di un pensiero disturbato caratterizzato da una logica inappropriata e combinazioni illogiche o bizzarre oltre che verbalizzazioni devianti.

## Metodologia

Nel Campione 1 (pazienti - Milano), a un gruppo di soggetti è stato somministrato il Test di Rorschach – Sistema Comprensivo di Exner (2003). Sulla base della classificazione nel primo capitolo di ricerca, i soggetti sono stati suddivisi in soggetti con e senza diagnosi di BED.

Sulla base della revisione della letteratura sopracitata, si riportano, suddivise per cluster, le variabili Rorschach selezionate, sulla base della loro pertinenza, per valutare gli aspetti dei soggetti con BED, relativi a:

- Triade cognitiva - Ideazione: si ipotizza una maggiore compromissione del pensiero, rilevabile attraverso le variabili PTI, WSum6, Sum6. La qualità di tale compromissione, poi, è indagata mediante variabili relative a peculiarità nella verbalizzazione o nei contenuti delle risposte, ossia Combinazioni inappropriate (FABCOM, INCOM, CONTAM), verbalizzazioni devianti (DV, DR) o la presenza di una logica inappropriata (ALOG).
- Triade cognitiva – Mediazione: maggiore compromissione dell'esame di realtà attraverso XA% WDA% X-% X+%.
- Triade cognitiva – Processamento: si ipotizza un pensiero maggiormente intaccato dalla ricerca di controllo (HVI, Zf, DQ+)
- Percezione di sé: Visione di sé svalutata, individuata attraverso le variabili MOR, Ego, FD
- Percezione interpersonale: Difficoltà/diffidenza a livello delle relazioni interpersonali attraverso le variabili di ipervigilanza (HVI), di competenza e interesse per queste (M, PHR), e di modi modalità di vedere l'Altro, se realistica o frammentata e poco comprensibile (SumH, NonPure H).
- Controlli: una generale condizione di maggiore vulnerabilità, individuata attraverso le variabili che indicano un deficit di coping (CDI), la presenza di maggiori pressioni (es) che contribuiscono

a determinare una condizione di equilibrio o di stress per i soggetti (Dscore), con un connesso vissuto ansioso (SumY).

- Affetti: la presenza di una maggiore labilità emotiva con forti pressioni emotive e minori capacità di controllo di esse, e una tendenza all'impulsività, con aspetti rabbiosi e depressivi e maggiori livelli alessitimici. Le variabili selezionate riguardano la quantità di emozioni sperimentate, la loro qualità e la capacità dei soggetti di incanalarle a livello ideativo (WSumC, SumC', DEPI, S, SumShade, Blends, Color Shading Blends, Rorschach Alexithymia Scale).

## Material e metodi

### Strumenti

E' stato somministrato il Test di Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner (Exner, 2003) da parte di uno psicodiagnosta abilitato all'utilizzo di tale test.

### Il campione

Il campione è composto da 56 soggetti, 28 con Disturbo da binge-eating (27F, 1M) e 28 senza la presenza di tale diagnosi (22F, 6M).

## Analisi statistiche

Per tutte le analisi è stato usato il programma Statistical Package for Social Sciences for Windows, versione 22.0.

Si sono calcolate sia le frequenze delle variabili del Test di Rorschach, attraverso la statistica Phi, sia le differenze fra le medie dei due campioni, usando la statistica t per campioni indipendenti. Per queste ultime, l'effect-size delle differenze è stato valutato mediante la d di Cohen. Valori attorno a .2 indicano una dimensione dell'effetto ridotta, attorno a .5 una dimensione dell'effetto media, e attorno a .8 una dimensione dell'effetto ampia.

Per la disomogeneità della varianza, è stata adottata la correzione di Welch-Satterthwaite.

Il livello di significatività statistica scelto è  $p < .05$ .

## Risultati

### ➤ TRIADE COGNITIVA

I risultati emersi sembrano confermare la maggiore presenza per i soggetti con BED di un pensiero disturbato, che potrebbe avere un impatto significativo e pervasivo sull'equilibrio della personalità di questi pazienti (PTI=.039).

Non emergono grandi differenze a livello ideativo fra i due, eccetto per la presenza nel gruppo di pazienti BED di una interferenza che riguarda l'integrazione di idee e impressioni che talvolta può avvenire in maniera bizzarra e distorta, influenzando soprattutto la loro capacità logica di leggere il mondo esterno (FAB2=.045).

IDEAZIONE	pazienti SENZA		pazienti CON		t-test			Cohen's d <sup>7</sup>
	Diagnosi di Binge-Eating		Disturbo da Binge-Eating					
variabili	m	sd	m	sd	t	df	p	
PTI	,75	1,40	1,61	1,62	-2,117	54	0,039*	-0,566
Sum6	2,18	3,51	3,54	3,85	-1,378	54	,174	-0,368
WSum6	8,04	15,24	14,75	18,67	-1,474	54	,146	-0,394
Lvl 2 SP. Sc	,29	,46	,50	,51	-1,652	53,5	0,104	-0,442
DV1	,54	1,07	,61	,99	-,259	54	,797	-0,069
DV2	,04	,19	,00	,00	1,000	27,0	,326	0,267
DR1	,36	,78	,50	,79	-,679	54	,500	-0,182
DR2	,50	1,17	,21	,57	1,162	39,0	,252	0,311
INC1	,18	,48	,21	,42	-,299	54	,766	-0,08
INC2	,07	,38	,32	,72	-1,622	40,7	,113	-0,433
FAB1	,14	,36	,32	,90	-,972	35,2	,338	-0,26
FAB2	,14	,45	,57	1,00	-2,074	37,5	,045*	-0,554
CONTAM	,04	,19	,21	,57	-1,578	32,9	,124	-0,422
ALOG	,18	,55	,57	,96	-1,881	42,9	,067	-0,503

<sup>7</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indicano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

I dati più significativi di differenza tra coloro che hanno la diagnosi di Disturbo da Binge-eating e coloro che non l'hanno, si collocano a livello della mediazione, ossia l'attività di identificazione e traduzione delle informazioni in ingresso. I primi si distinguono per un'importante compromissione nell'esame di realtà, anche in situazioni semplici e ordinarie (WDA%, XA%, X+%) derivante da interferenze emotive e ideative. Tali soggetti, infatti, mostrano un impoverimento mediatico (X-%).

MEDIAZIONE	pazienti SENZA		pazienti CON		t-test			Cohen's d <sup>8</sup>
	Diagnosi di Binge-Eating		Disturbo da Binge-Eating		t	df	sign.	
variabili	m	sd	m	sd	t	df	sign.	Cohen's d <sup>8</sup>
XA%	,79	,14	,69	,16	2,485	54	,016*	0,664
WDA%	,82	,14	,71	,16	2,626	54	,011*	0,701
X-%	,19	,13	,28	,17	-1,991	54	,052*	-0,532
X+%	,63	,17	,55	,15	1,951	54	,056	0,521

A livello di processamento delle informazioni, emerge una esigenza per i soggetti con BED di analizzare tutte le parti degli stimoli, investendo una grande quantità di energie in un'attività di controllo (HVItot, Zf). Tale dato indica la presenza di un forte bisogno di (iper)controllo della realtà interna e esterna che fa slittare le capacità del soggetto verso modalità meno sofisticate, immature e disfunzionali (DQ+). Il quadro descritto può indicare la presenza di un forte allarme sperimentato da questi pazienti, che alimenta la necessità di controllo.

PROCESSING	pazienti SENZA		pazienti CON		t-test			Cohen's d <sup>9</sup>
	Diagnosi di Binge-Eating		Disturbo da Binge-Eating		t	df	sign.	
variabili	m	sd	m	sd	t	df	sign.	Cohen's d <sup>9</sup>
HVItot	1,86	1,33	3,07	1,90	-2,770	54	0,008*	-0,740
Zf	9,75	3,20	13,39	4,83	-3,324	54	,002*	-0,888
DQ+	4,75	2,648	7,32	3,24	-3,250	54	,002*	-0,869

<sup>8 5</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indicano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

➤ CONTROLLI

A differenza delle ipotesi formulate, sono i soggetti senza diagnosi di BES a avere i valori più alti relativamente all'indice che indica una incapacità a rispondere in maniera adattiva e funzionale alle richieste esterne (CDI). Ciò può indicare la presenza nel gruppo di non binge-eaters di un generale impoverimento cognitivo in cui però non sono presenti le distorsioni descritte per i pazienti con BED, ma potrebbe trattarsi solo di una mancanza di risorse per far fronte al mondo esterno. Ciò può render conto della mancata differenza attesa a livello del punteggio D, poiché anche molti soggetti non binge-eaters risultano vivere in uno stato di sovraccarico ( $D < 0$ ).

I pazienti con diagnosi di Disturbo di Binge-eating sembrano essere soggetti, però, a maggiori pressioni (es), in parte determinate dalla presenza di una generale preoccupazione e irrequietezza a cui non riescono a dare un significato (SumY).

variabili	pazienti SENZA Diagnosi di Binge- Eating		pazienti CON Disturbo da Binge- Eating		t-test			Cohen's d <sup>10</sup>
	m	sd	m	sd	t	df	sign.	
CDI	3,50	0,96	2,75	1,35	2,393	54	0,020*	0,639
SumY	0,71	0,76	1,46	1,79	-2,035	36,45	0,049*	-0,544
es	7,57	3,97	10,50	6,41	-2,055	54	0,045*	-0,550

	soggetti senza diagnosi di Binge-eating	soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating
D < 0	10 (35,7%)	12 (42,9%)
D = 0	16 (57,14%)	7 (25%)
D > 0	2 (7,14%)	8 (28,6%)

chi-quadrato= 7,288 Sign=,026\*

<sup>10</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indicano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

➤ AFFETTI

Riguardo all'area degli affetti, non risultano significative le differenze relative alla presenza di maggiori vissuti depressivi e rabbiosi per i BED a differenza delle attese (DEPI, S).

I risultati sull'indice di alessitimia mostrano una tendenza verso una minore capacità da parte dei soggetti BED di essere consapevoli del proprio mondo emotivo, che attualmente non raggiunge un valore di significatività. Ciò che emerge chiaramente, invece è la presenza di forti pressioni emotive in questi soggetti, che sembrano faticare a canalizzare a livello cognitivo (WSumC, SumShade).

variabili	pazienti SENZA Diagnosi di Binge- Eating		pazienti CON Disturbo da Binge- Eating		t-test			Cohen's d <sup>11</sup>
	m	sd	m	sd	t	df	sign.	
DEPI	3,82	1,22	3,61	1,23	,656	54,00	,515	0,175
WSumC	2,13	1,49	3,54	2,51	-2,553	43,98	,014*	-0,682
SumC'	1,54	1,35	2,54	3,00	-1,609	54,00	,113	-0,43
S	1,71	1,38	2,21	2,23	-1,007	54,00	,318	-0,269
SumShade	3,75	2,78	5,32	4,44	-1,587	54,00	,118	-0,424
Blends	2,64	2,04	4,89	4,08	-2,612	39,73	,013*	-0,698
Color Shading Blends	,50	,64	,46	,74	,193	54,00	,848	0,052
RAS	49,33	6,26	46,40	6,62	1,697	54,00	,095	0,454

➤ PERCEZIONE DI SE'

I dati relativi alla percezione di sé confermano le capacità introspettive dei soggetti con BED individuate nel cluster degli affetti (FD) ma, a differenza delle ipotesi formulate, la presenza di una visione svalutata di sé è simile nei due gruppi, con una tendenza a essere maggiore nei BED, seppur in maniera solo vicina alla significatività (MOR).

<sup>11</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indicano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

variabili	pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating		pazienti CON Disturbo da Binge-Eating		t-test			Cohen's d <sup>12</sup>
	m	sd	m	sd	t	df	sign.	
MOR	0,71	1,05	1,50	1,93	-1,890	41,62	,066	-0,505
Ego	0,33	0,17	0,31	0,13	,435	54,00	,665	0,116
FD	0,32	0,55	0,68	0,77	-1,996	48,69	,052*	-0,533

➤ PERCEZIONE INTERPERSONALE

I soggetti con Disturbo da Binge-eating sembrano avere un atteggiamento più diffidente e preoccupato nei confronti degli altri (HVI) con una modalità disfunzionale di entrare in relazione (PHR). Tuttavia, essi sembrano provare interesse per le altre persone, ma la percezione degli altri appare frammentata e basata su aspetti irrealistici (sumH; NonPureH)

variabili	pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating		pazienti CON Disturbo da Binge-Eating		t-test			Cohen's d
	m	sd	m	sd	t	df	sign.	
M	2,61	2,01	4,79	3,44	-2,897	54,00	0,005*	-0,774
SumH	4,43	2,77	6,96	4,55	-2,519	54,00	0,015*	-0,673
NonPureH	2,39	2,15	4,46	3,94	-2,443	41,76	0,019*	-0,653
PHR	2,36	2,70	4,61	4,57	-2,245	54,00	0,029*	-0,600

## Discussioni e Conclusione

I dati relativi al Rorschach permettono di approfondire lo studio sul funzionamento dei soggetti con disturbo da Binge-eating e mettono in evidenza un quadro di maggiore vulnerabilità di questi, rispetto ai

<sup>12</sup>Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti CON Disturbo da Binge-eating, mentre segni positivi indicano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

pazienti senza tale diagnosi. Questa sembra determinata, in primo luogo, da un importante deficit a livello del pensiero, che intacca il modo di questi soggetti di leggere e interpretare il mondo esterno (e interno). Ciò ha avuto un'influenza lo sviluppo della personalità di questi soggetti. Il quadro di vulnerabilità si definisce per la presenza di interferenze ideative e emotive. E' emersa, infatti, la presenza di un mondo affettivo pulsante, che i pazienti con BED sembrano faticare a maneggiare. Interessante è sottolineare come tale aspetto non risulti connesso a emozioni specificatamente depressive o rabbiose, ma sembra rappresentare una modalità disfunzionale di questi soggetti di gestire tutte le emozioni esperite, a sostegno delle ipotesi teoriche riguardanti la presenza nei soggetti BED di una complessiva disregolazione emotiva.

Si delinea, pertanto, un quadro di fragilità per questi individui maggiore rispetto al gruppo di soggetti senza diagnosi di BED.

Accanto alle riflessioni possibili riguardo le differenze in termini di funzionamento di personalità fra soggetti con e senza diagnosi di disturbo da binge-eating, la selezione effettuata nel Cap. 4 ha messo in luce una discrepanza fra la diagnosi nosografico-descrittiva e quella testologica. Scopo del successivo lavoro è di tentare di formulare delle ipotesi esplicative di tale discrepanza, a partire dal funzionamento di personalità di questi soggetti.

## Capitolo 7

### Indagine sulla discrepanza fra diagnosi nosografico-descrittiva e diagnosi testologica: ipotesi esplicative

L'analisi dei due Campioni in esame di soggetti obesi che richiedono un trattamento dietologico, ha messo in luce, accanto alle due ben distinte categorie di soggetti con e senza diagnosi di Disturbo da binge-eating, una sorta di "zona grigia", in cui rientrano i soggetti che soddisfano solo uno dei due criteri richiesti per fare questo tipo di diagnosi.

La percentuale di questa zona grigia risulta similmente molto ampia in entrambi i Campioni, superando il 30%. Di questi, la numerosità maggiore riguarda quei soggetti che hanno ottenuto un punteggio al questionario sintomatologico Binge Eating Scale (BES) superiore al cut-off ma che non soddisfano i criteri DSM-5 per il Disturbo da Binge-eating. I restanti, invece, sono soggetti che pur avendo ricevuto diagnosi di BED non hanno ottenuto un punteggio complessivo al questionario superiore al cut-off clinico.

**Il tentativo dei seguenti studi è quello di formulare delle ipotesi esplicative per tale discrepanza diagnostica, a partire dalle caratteristiche di personalità dei soggetti che appartengono alle diverse categorie individuate.**

Per giungere a questo obiettivo, in questo primo studio si è ricorso ai dati provenienti dal test MCMI-III.

Nel tentativo di approfondire quanto più possibile, progressivamente, il livello di indagine, in prima battuta i soggetti con discrepanza diagnostica sono stati considerati come un unico gruppo, confrontati con un gruppo di pari numerosità con e senza diagnosi di BED.

Successivamente, attraverso un'ulteriore estrazione casuale dal Campione totale, alcuni soggetti della zona grigia sono stati suddivisi sulla base del criterio che soddisfano (se diagnosi DSM o punteggio al questionario BES superiore al cut-off), e confrontati con soggetti con e senza diagnosi. Quest'ultimo livello di analisi ha permesso di fare maggiore chiarezza sulle caratteristiche specifiche di ciascun sottogruppo.

L'ipotesi era che il primo livello di analisi non evidenziasse alcuna specificità di questo gruppo ibrido, ossia nessuna differenza significativa fra questo gruppo misto e i soggetti con e senza diagnosi, a conferma della sua qualità eterogenea.

Per il secondo livello, invece, si era ipotizzato, in primo luogo, una tendenza dei soggetti con la sola diagnosi DSM-5 ad avere risultati più vicini ai soggetti con diagnosi BED, data la presenza, in entrambi, di un criterio solido quale la diagnosi DSM. Tali soggetti, infatti, se non avessimo optato per avere anche il questionario BES, sarebbero stati accorpati agli altri come categoria nosografico-descrittiva. Per la stessa ragione, per i soggetti con la sola BES positiva, invece, si era ipotizzata la tendenza opposta, cioè che presentassero risultati più simili ai soggetti senza diagnosi di BED.

## Metodologia

Riassumendo, quindi, trattandosi di uno studio esplorativo, si sono indagate le differenze tra i sottogruppi individuati mediante due livelli di analisi:

1. I LIVELLO - Analisi di medie e frequenze dei punteggi al MCMI-III dei tre sottogruppi soggetti con diagnosi BED, soggetti senza diagnosi BED, soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating e soggetti che soddisfa solo uno dei due criteri proposti. Si considerano questi ultimi come un unico gruppo.
2. II LIVELLO - Analisi di medie e frequenze dei punteggi al MCMI-III, scorporando la categoria di soggetti che soddisfano solo un criterio, sulla base di quale criterio soddisfano (se diagnosi DSM o punteggio al questionario BES superiore al cut-off).

Tale esplorazione a due livelli è stata eseguita su entrambi i Campioni.

## Materiale e metodi

### Strumenti

Millon Clinical Multiaxial Inventory –III (MCMI-III; Millon, 1997)

### Campioni

CAMPIONE 1 (PAZIENTI - MILANO)

Per il primo livello di analisi, dato il ridotto numero di soggetti che presentano la diagnosi (N=34), si è scelto di utilizzare questa come numerosità da estrarre casualmente (attraverso il comando di SPSS) per gli altri due gruppi per operare il confronto, appaiando i soggetti per genere e età .

Pertanto, si confrontano i seguenti gruppi

categoria	N
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	34
pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT)	34
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	34
Totale (soggetti estratti casualmente)	102

Per il secondo livello di analisi, invece, la numerosità da estrarre casualmente è stata quella del gruppo di soggetti che risultano binge-eaters solo per la diagnosi DSM ma non per il punteggio ottenuto alla BES (N=25), appaiando i soggetti per genere e età rispetto a questi.

categoria	N
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	25
binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)	25
binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)	25
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	25
Totale (soggetti estratti casualmente)	100

## CAMPIONE 2 (PAZIENTI - PALERMO)

Per il primo livello di analisi, dato il ridotto numero di soggetti che presentano la diagnosi (N=102), si è scelto di utilizzare questa come numerosità da estrarre casualmente (attraverso il comando di SPSS) per gli altri due gruppi per operare il confronto, appaiando i soggetti per genere e età.

Pertanto, si confrontano i seguenti gruppi

categoria	N
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	102
pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT)	102
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	102
Totale soggetti estratti casualmente	306

Per il secondo livello di analisi, invece, la numerosità da estrarre casualmente è stata quella del gruppo di soggetti che risultano binge-eaters solo per la diagnosi DSM ma non per il punteggio ottenuto alla BES (N=25), appaiando i soggetti per genere e età rispetto alle caratteristiche di questi.

categoria	N
pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)	25
binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)	25
binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)	25
pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)	25
Totale soggetti estratti casualmente	100

## Analisi statistiche

Per tutte le analisi è stato usato il programma Statistical Package for Social Sciences for Windows, versione 22.0.

Per analizzare le differenze tra i valori medi dei gruppi di soggetti al test MCMI-III si è ricorso alla statistica Anova a una via con confronti post-hoc Tukey.

Poiché i punteggi del questionario MCMI sono base-rate, si è ritenuto opportuno, accanto all'analisi delle medie, verificare la frequenza dei soggetti che hanno ottenuto un punteggio alle scale superiore al cut-off di riferimento (BR>74), a indicarne la rilevante presenza clinica. Per tale ragione, si è ricorsi al chi-quadrato con la statistica del di Pearson.

Il livello di significatività statistica scelto è  $p < .05$ . Nei grafici sottostanti, la significatività inferiore a .05 sarà indicata dal simbolo ✦.

Si tenga presente che nei grafici viene mostrata solo la tendenza centrale e non le relative misure di variabilità, al fine di rendere più leggibili i grafici. Tuttavia, le deviazioni standard dei punteggi delle singole scale sono elencate nella tabella 7.1 e seguenti.

## Risultati

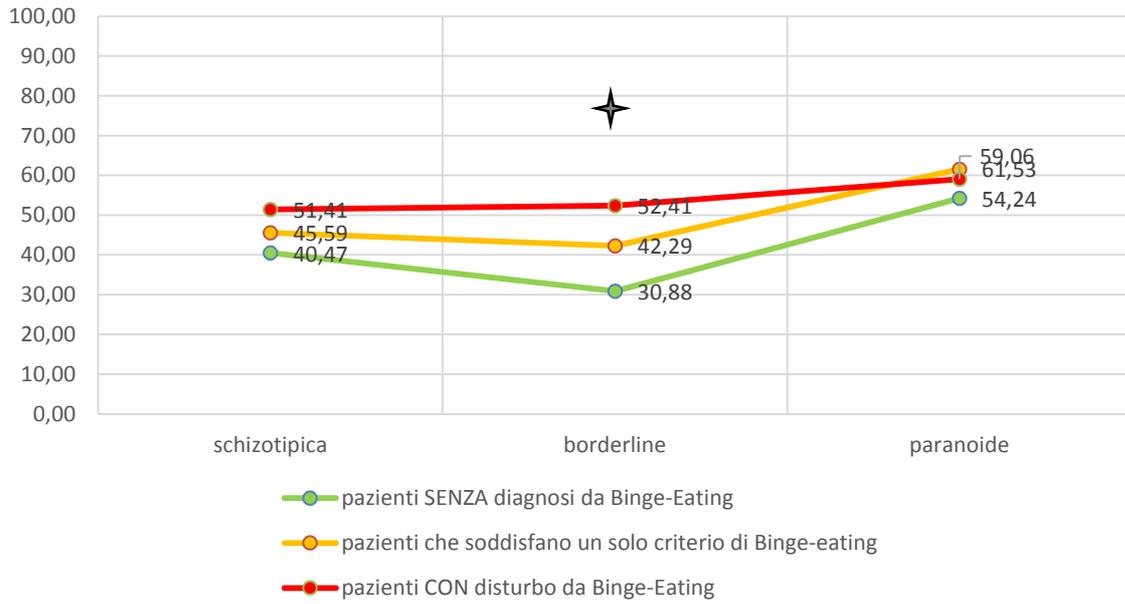
**I LIVELLO – CAMPIONE 1 (PAZIENTI – MILANO):** Analisi di medie e frequenze dei tre sottogruppi soggetti con diagnosi BED, soggetti senza diagnosi BED, soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating e soggetti che soddisfa solo uno dei due criteri proposti. Si considerano questi ultimi come un unico gruppo.

Si riportano i dati emersi dai soggetti estratti dal Campione 1 (pazienti - Milano).

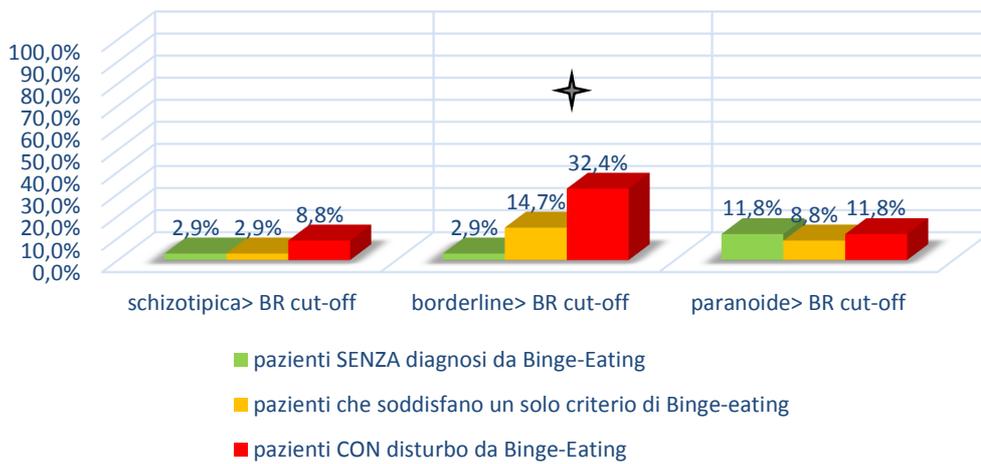
Essi sembrano confermare una generica mancanza di specificità di questo gruppo misto, con punteggi che si situano in una posizione intermedia nel grafico, che in alcuni casi si avvicinano mentre in altre scale si discostano da quelli dei soggetti con o senza disturbo da Binge-eating.

Le significatività emerse (e riportate col simbolo nel grafico) dalle differenze fra le medie, infatti, indicano nella maggioranza dei casi la differenza esistente fra i punteggi medi dei soggetti con BED da quelli senza BED. In sole due occasioni i valori del test post hoc hanno rilevato differenze significative del gruppo di soggetti con un solo criterio ma, in nessuno dei due casi loro punteggi medi differiscono sia dai soggetti con BED sia dai soggetti senza diagnosi.

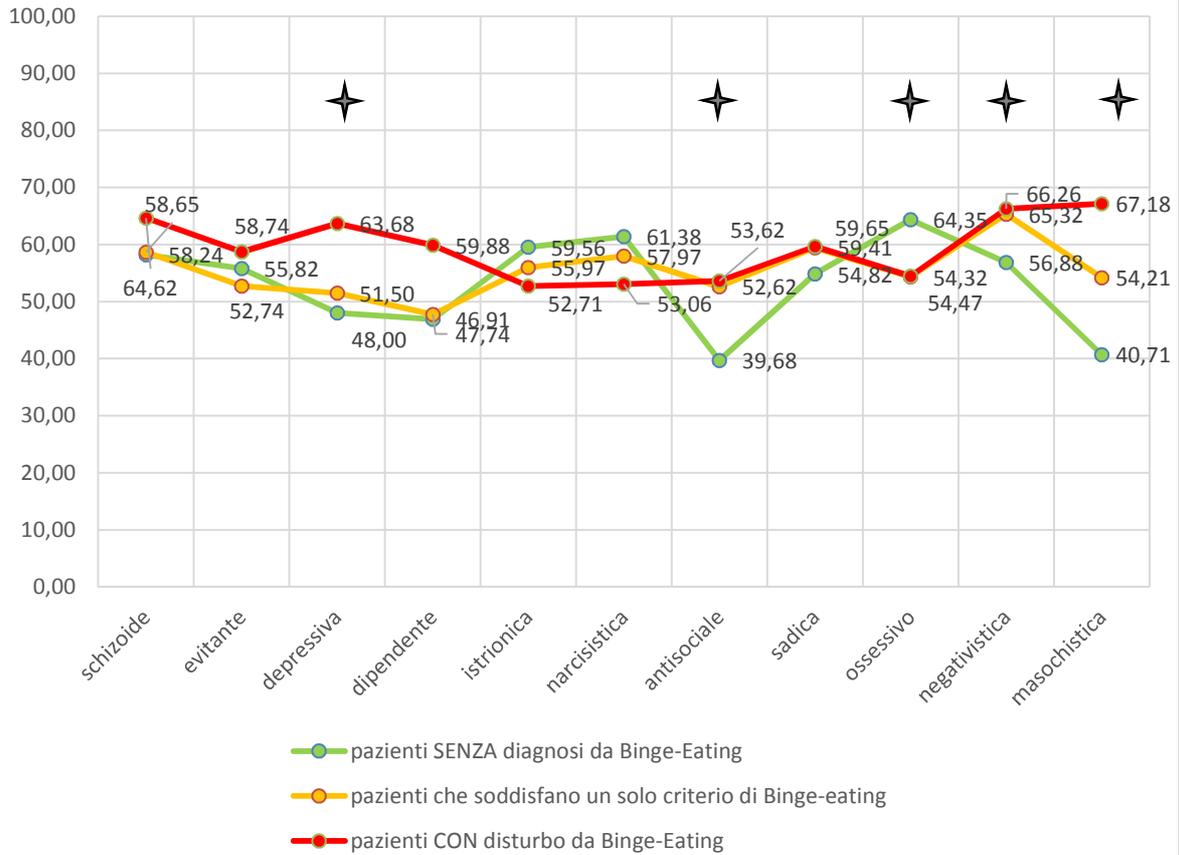
### Gravi patologie della personalità - medie



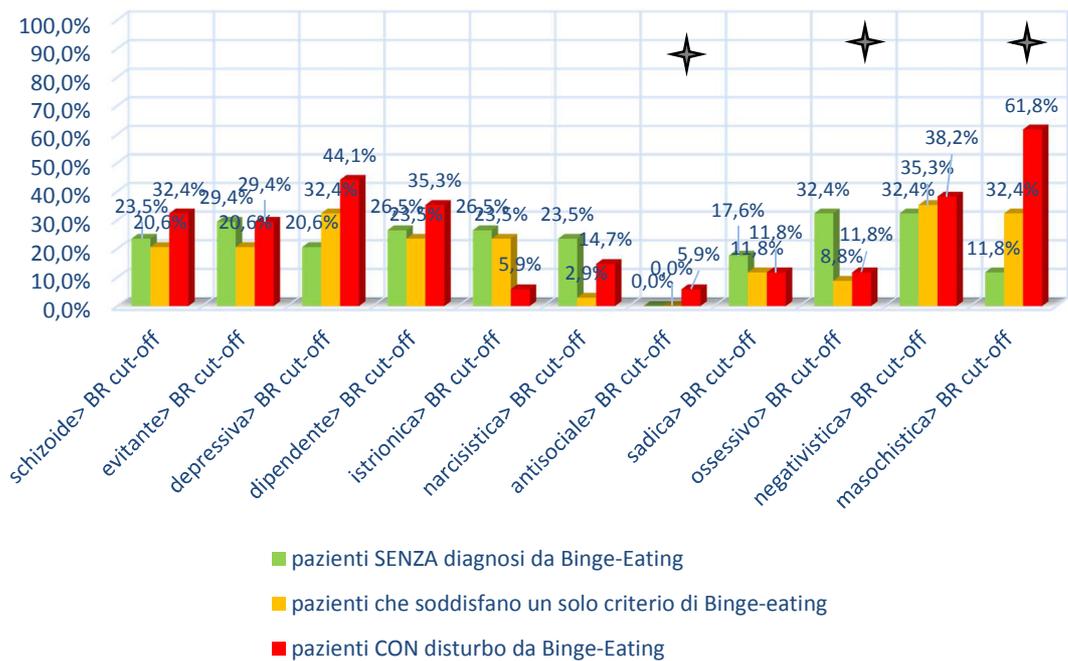
### Gravi patologie della personalità



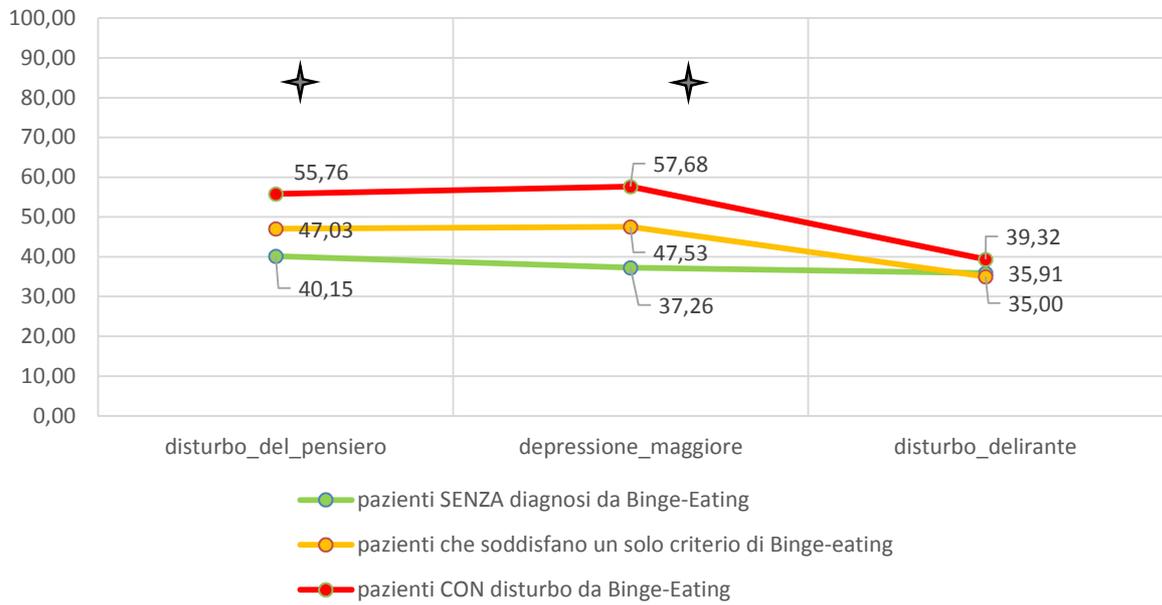
### Scale di personalità - medie



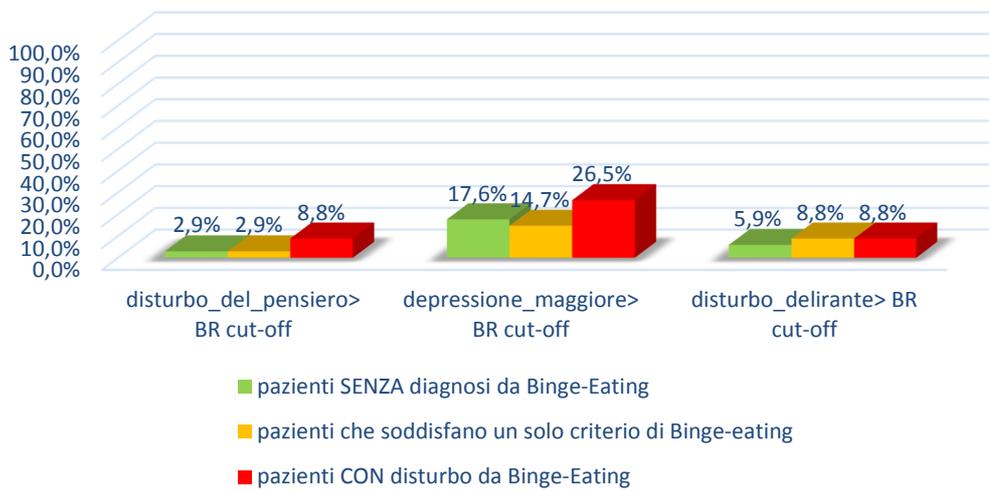
### Scale di personalità

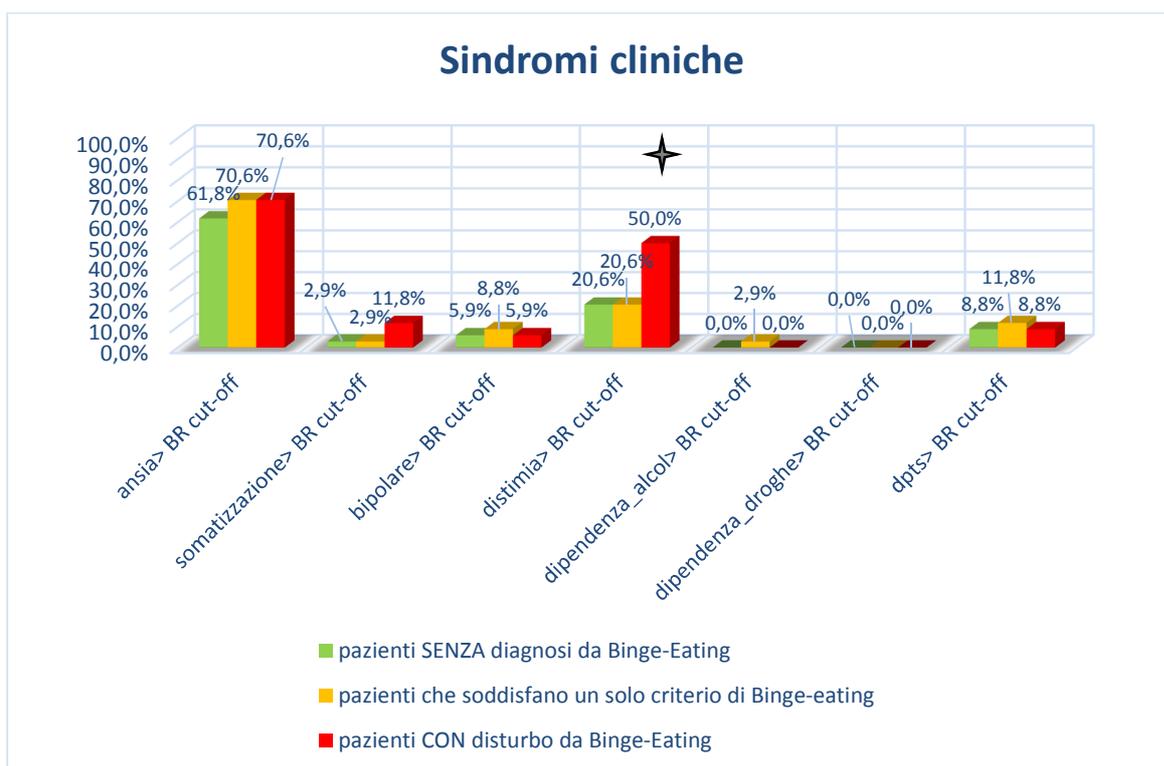
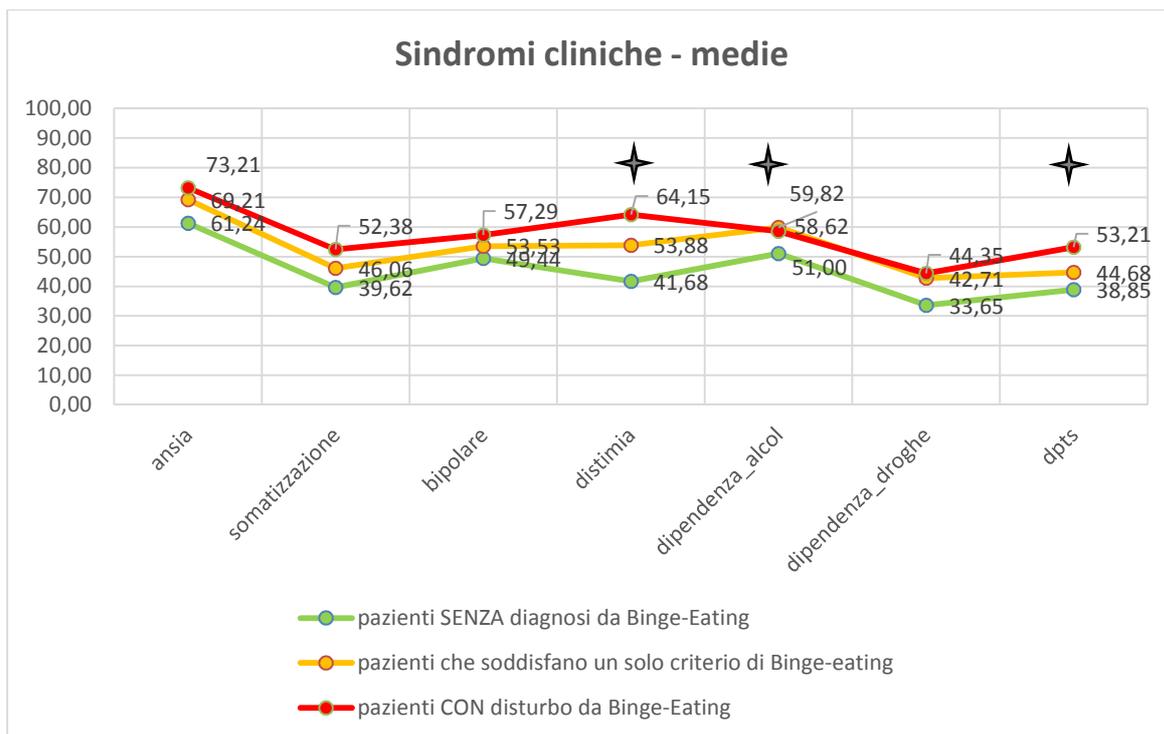


### Gravi sindromi cliniche - medie



### Gravi sindromi cliniche





La tabella seguente (Tab. 7.1) mostra i risultati dell'anova a 1 via con i confronti post-hoc di Tukey.

Tab. 7.1 Campione 1 (pazienti – Milano): confronto fra le medie dei tre campioni di soggetti con diagnosi, soggetti senza diagnosi di BED, e soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating. Anova e confronti post-hoc.

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating (n=34)				pazienti che soddisfano UN SOLO criterio di Binge-eating (n=34)				pazienti CON Disturbo da Binge-Eating (n=34)						
		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		chi-quadrato		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Valore	df	p
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	33	97,1%	1	2,9%	33	97,1%	1	2,9%	31	91,2%	3	8,8%	1,682	2	,431
	borderline	33	97,1%	1	2,9%	29	85,3%	5	14,7%	23	67,6%	11	32,4%	10,729	2	,005*
	paranoide	30	88,2%	4	11,8%	31	91,2%	3	8,8%	30	88,2%	4	11,8%	0,204	2	,903
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	26	76,5%	8	23,5%	27	79,4%	7	20,6%	23	67,6%	11	32,4%	1,342	2	,511
	evitante	24	70,6%	10	29,4%	27	79,4%	7	20,6%	24	70,6%	10	29,4%	0,907	2	,636
	depressiva	27	79,4%	7	20,6%	23	67,6%	11	32,4%	19	55,9%	15	44,1%	4,3	2	,116
	dipendente	25	73,5%	9	26,5%	26	76,5%	8	23,5%	22	64,7%	12	35,3%	1,253	2	,535
	istrionica	25	73,5%	9	26,5%	26	76,5%	8	23,5%	32	94,1%	2	5,9%	5,562	2	,062
	narcisistica	26	76,5%	8	23,5%	33	97,1%	1	2,9%	29	85,3%	5	14,7%	6,127	2	,047*
	sadica	28	82,4%	6	17,6%	30	88,2%	4	11,8%	30	88,2%	4	11,8%	0,662	2	,718
	ossessivo	23	67,6%	11	32,4%	31	91,2%	3	8,8%	30	88,2%	4	11,8%	7,69	2	,021*
	negativistica	23	67,6%	11	32,4%	22	64,7%	12	35,3%	21	61,8%	13	38,2%	0,258	2	,879
	antisociale	34	100,0%	0	0,0%	34	100,0%	0	0,0%	32	94,1%	2	5,9%	4,08	2	,130
masochistica	30	88,2%	4	11,8%	23	67,6%	11	32,4%	13	38,2%	21	61,8%	18,803	2	<,001*	
	disturbo del pensiero	33	97,1%	1	2,9%	33	97,1%	1	2,9%	31	91,2%	3	8,8%	1,682	2	,431

GRAVI SINDROMI CLINICHE	depressione maggiore	28	82,4%	6	17,6%	29	85,3%	5	14,7%	25	73,5%	9	26,5%	1,617	2	,446
	disturbo delirante	32	94,1%	2	5,9%	31	91,2%	3	8,8%	31	91,2%	3	8,8%	0,271	2	,873
SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	ansia	13	38,2%	21	61,8%	10	29,4%	24	70,6%	10	29,4%	24	70,6%	0,806	2	,668
	somatizzazione	33	97,1%	1	2,9%	33	97,1%	1	2,9%	30	88,2%	4	11,8%	3,188	2	,203
	bipolare	32	94,1%	2	5,9%	31	91,2%	3	8,8%	32	94,1%	2	5,9%	0,307	2	,858
	distimia	27	79,4%	7	20,6%	27	79,4%	7	20,6%	17	50,0%	17	50,0%	9,269	2	,010*
	dipendenza da alcol	34	100,0%	0	0,0%	33	97,1%	1	2,9%	34	100,0%	0	0,0%	2,02	2	,364
	Dipendenza da droghe	34	100,0%	0	0,0%	34	100,0%	0	0,0%	34	100,0%	0	0,0%	-	-	-
	dpts	31	91,2%	3	8,8%	30	88,2%	4	11,8%	31	91,2%	3	8,8%	0,222	2	,895

**II LIVELLO - CAMPIONE 1 (PAZIENTI – MILANO):** Analisi di medie e frequenze scorporando la categoria di soggetti che soddisfano solo un criterio, sulla base di quale criterio soddisfano (se diagnosi DSM o punteggio al questionario BES superiore al cut-off)

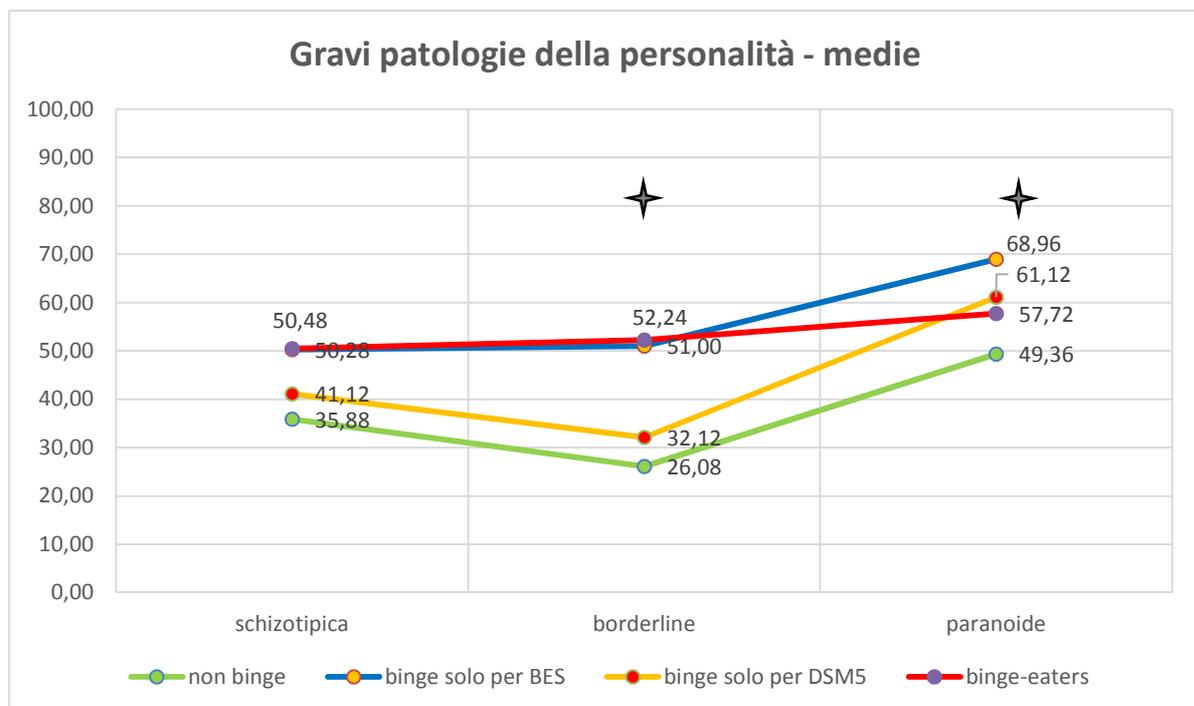
Di seguito, invece, si riportano i risultati emersi dallo studio esplorativo sul Campione 1 (pazienti - Milano) in cui sono state considerate separate le due categorie che compongono il gruppo di soggetti che soddisfa solo uno dei due criteri di disturbo da binge-eating.

Scorporando i soggetti sulla base del criterio soddisfatto, i dati sembrano indicare che, alle due categorie (Diagnosi DSM vs questionario sopra il cut-off) appartengano soggetti con due profili diversi.

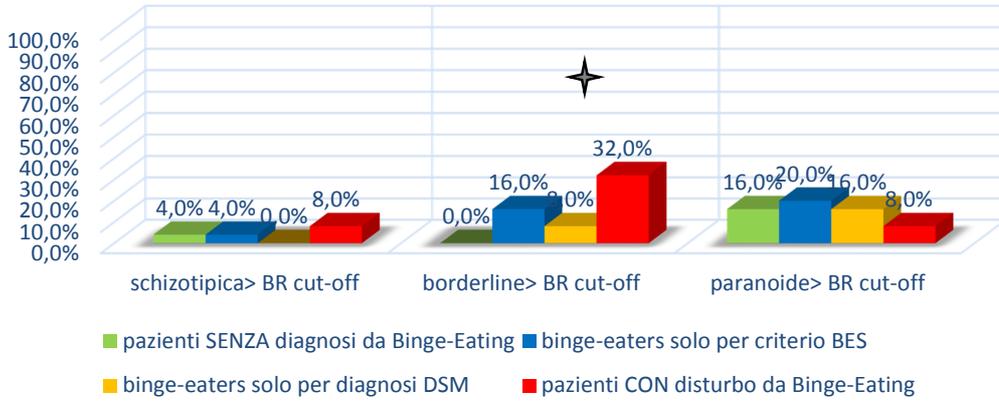
Si osserva, infatti, come, in tutte le scale, emerga una specificità di questi due sottogruppi, ma come queste differenza vadano nella direzione opposta rispetto alle ipotesi formulate.

Nello specifico, i soggetti che hanno punteggi al questionario sintomatologico BES superiori al cut off ma che non hanno i criteri per una diagnosi DSM, hanno un andamento dei punteggi simile ai soggetti con diagnosi di binge-eating.

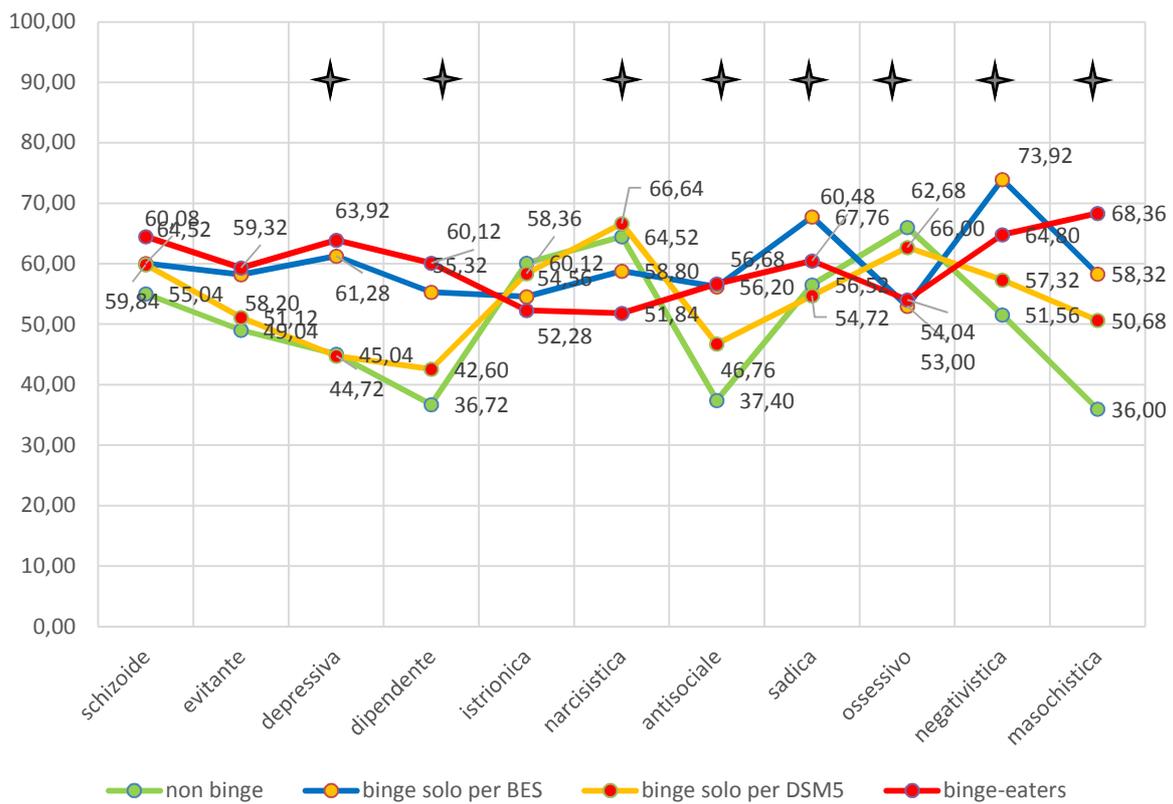
Al contrario, soggetti diagnosticati come BED secondo i criteri del DSM-5 ma con il punteggio della BES inferiore alla soglia clinica hanno un andamento dei punteggi simile ai soggetti senza diagnosi di Disturbo da Binge-eating.



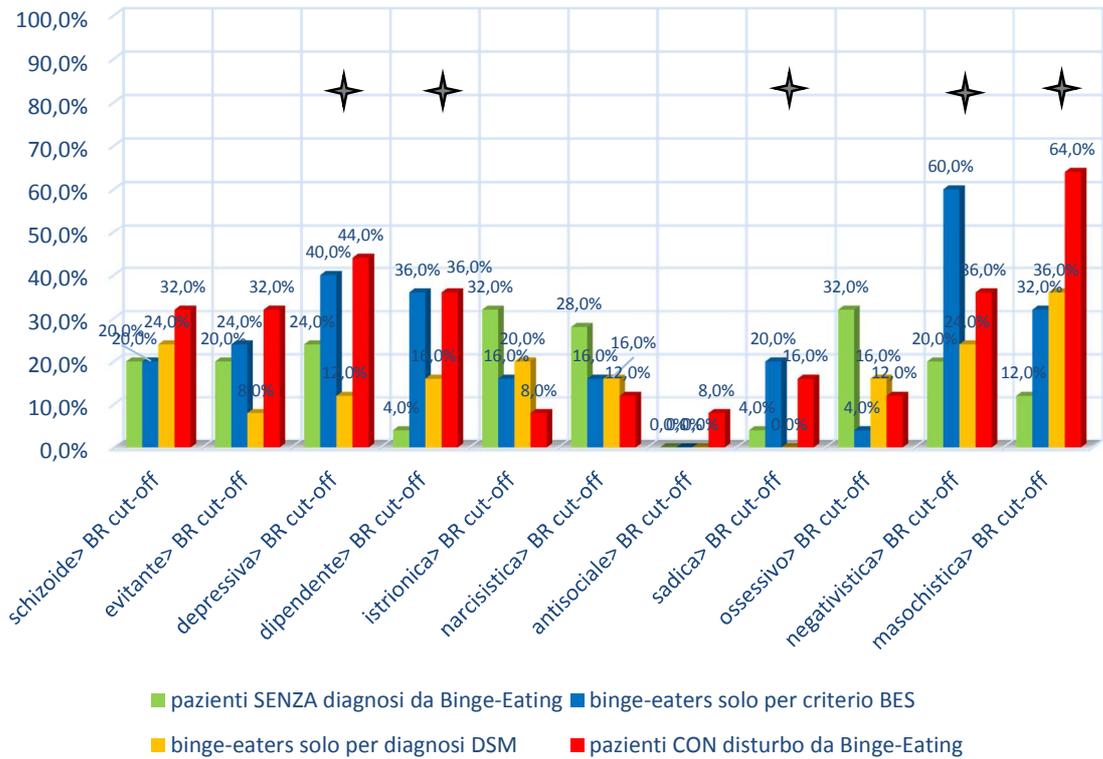
## Gravi patologie della personalità



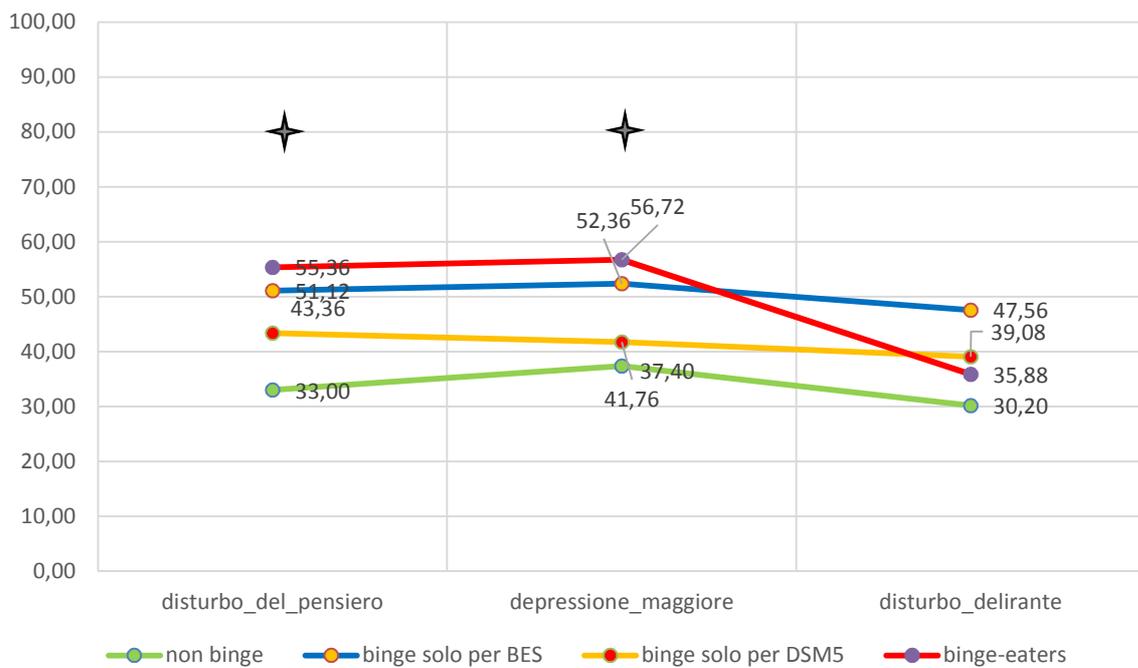
## Scale di personalità - medie



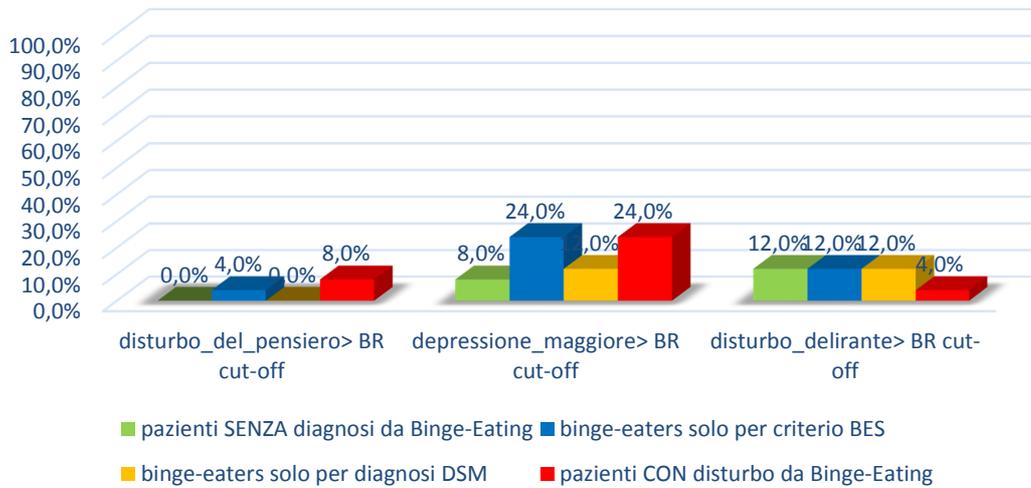
## Scale di personalità



## Gravi sindromi cliniche - medie

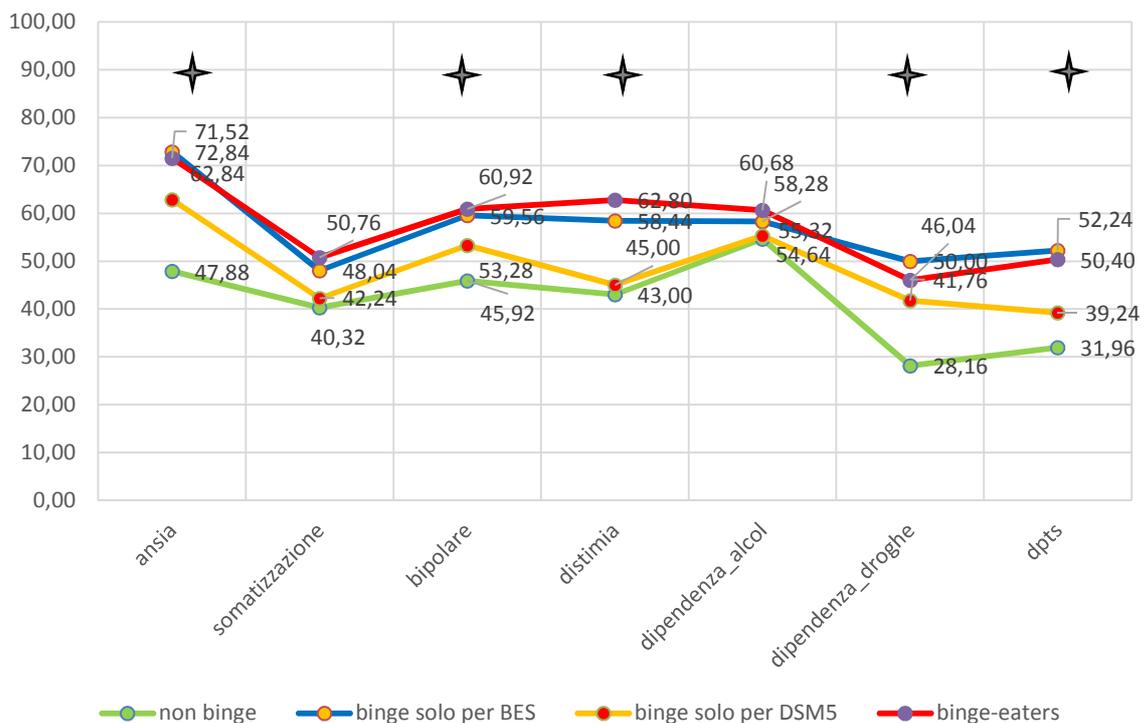


## Gravi sindromi cliniche

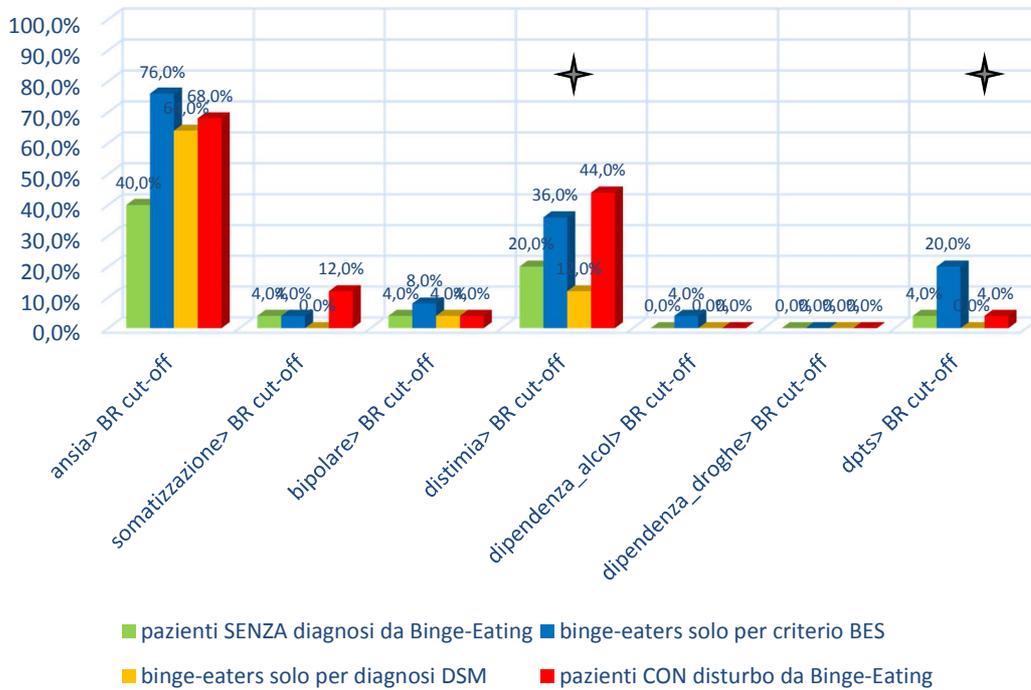


Anche a livello di Sindromi cliniche è possibile osservare le somiglianza fra i diversi andamenti, come confermato dai dati sulle significatività in cui non prevedono mai differenze significative fra soggetti con diagnosi BED e soggetti con solo questionario positive, oppure fra soggetti senza diagnosi BED e soggetti con la sola diagnosi DSM5. Tuttavia, nel campione con la sola diagnosi DSM, si rileva un maggior numero di soggetti con vissuti ansiosi.

## Sindromi cliniche - medie



## Sindromi cliniche



Tab. 7.3 Campione 1 (pazienti – Milano): confronto fra le medie dei quattro campioni di soggetti con diagnosi di BED, soggetti senza diagnosi di BED, e la suddivisione dei soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating in binge-eaters solo per criterio BES e solo per criterio diagnosi DSM. Anova e confronti post-hoc.

		pazienti SENZA diagnosi da Binge- Eating (NB)		binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)		binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)		pazienti CON disturbo da Binge- Eating (B)					
		(n=25)		(n=25)		(n=25)		(n=25)					
		m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	df	F	p	Post-hoc (Tukey)
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	scale MCMI-III												
	schizotipica	35,88	26,53	50,28	23,64	41,12	23,26	50,48	23,09	3	2,209	,092	
	borderline	26,08	20,62	51,00	23,51	32,12	20,74	52,24	24,73	3	8,685	<,001*	B>NB>DSM-CRIT>BES-CRIT
	paranoide	49,36	25,73	68,96	15,40	61,12	20,07	57,72	18,30	3	4,031	,010*	NB>BES-CRIT
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	55,04	22,21	60,08	20,89	59,84	16,40	64,52	16,19	3	1,026	,384	
	evitante	49,04	27,34	58,20	23,47	51,12	19,58	59,32	24,38	3	1,144	,335	
	depressiva	45,04	28,93	61,28	25,33	44,72	25,00	63,92	25,77	3	3,824	,012*	B>DSM.CRIT
	dipendente	36,72	20,24	55,32	28,69	42,60	25,08	60,12	24,73	3	4,783	,004*	B>NB>BES-CRIT
	istrionica	60,12	19,77	54,56	21,16	58,36	18,04	52,28	21,77	3	,774	,512	
	narcisistica	64,52	18,81	58,80	21,05	66,64	17,55	51,84	21,67	3	2,789	,045*	B>DSM-CRIT
	antisociale	37,40	19,77	56,20	12,66	46,76	18,38	56,68	15,79	3	7,327	<,001*	B>NB>BES-CRIT
	sadica	56,52	18,03	67,76	10,48	54,72	20,53	60,48	17,25	3	2,900	,039	BES-CRIT>DSM-CRIT
	ossessivo	66,00	14,70	53,00	12,54	62,68	14,03	54,04	19,43	3	4,330	,007*	B>NB>BES-CRIT
	negativistica	36,00	27,45	58,32	26,17	50,68	29,15	68,36	22,48	3	6,567	<,001*	NB>BES-CRIT>DSM-CRIT
	masochistica	36,00	27,45	58,32	26,17	50,68	29,15	68,36	22,48	3	6,659	<,001*	B>NB>BES-CRIT
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	33,00	22,77	51,12	17,93	43,36	22,90	55,36	20,58	3	5,397	,002*	B>NB>BES-CRIT
	depressione maggiore	37,40	26,32	52,36	25,80	41,76	25,41	56,72	22,53	3	3,222	,026*	B>NB
	disturbo delirante	30,20	33,00	47,56	28,91	39,08	34,06	35,88	26,91	3	1,381	,253	
SCALE RELATIVE A	ansia	47,88	32,40	72,84	29,69	62,84	28,02	71,52	22,14	3	4,114	,009*	B>NB>BES-CRIT
	somatizzazione	40,32	24,93	48,04	22,81	42,24	23,24	50,76	23,89	3	1,058	,371	
	bipolare	45,92	19,31	59,56	14,41	53,28	17,74	60,92	10,97	3	4,636	,005*	B>NB>BES-CRIT

SINDROMI	distimia	43,00	28,08	58,44	23,40	45,00	24,33	62,80	24,04	3	3,827	,012*	B>NB
CLINICHE	dipendenza da alcol	54,64	14,54	58,28	14,48	55,32	15,56	60,68	7,91	3	1,073	,364	
	dipendenza da droghe	28,16	24,29	50,00	20,05	41,76	23,12	46,04	19,31	3	4,754	,004*	B>NB>BES-CRIT
	dpts	31,96	26,63	52,24	24,79	39,24	24,99	50,40	20,74	3	3,858	,012*	B>NB>BES-CRIT

Tab. 7.4 Campione 1 (pazienti – Milano): confronto fra le frequenze dei quattro campioni di soggetti con diagnosi di BED, soggetti senza diagnosi di BED, e la suddivisione dei soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating in binge-eaters solo per criterio BES e solo per criterio diagnosi DSM rispetto al cut-off clinico del test MCMI-III, tramite la Statistica del chi-quadrato.

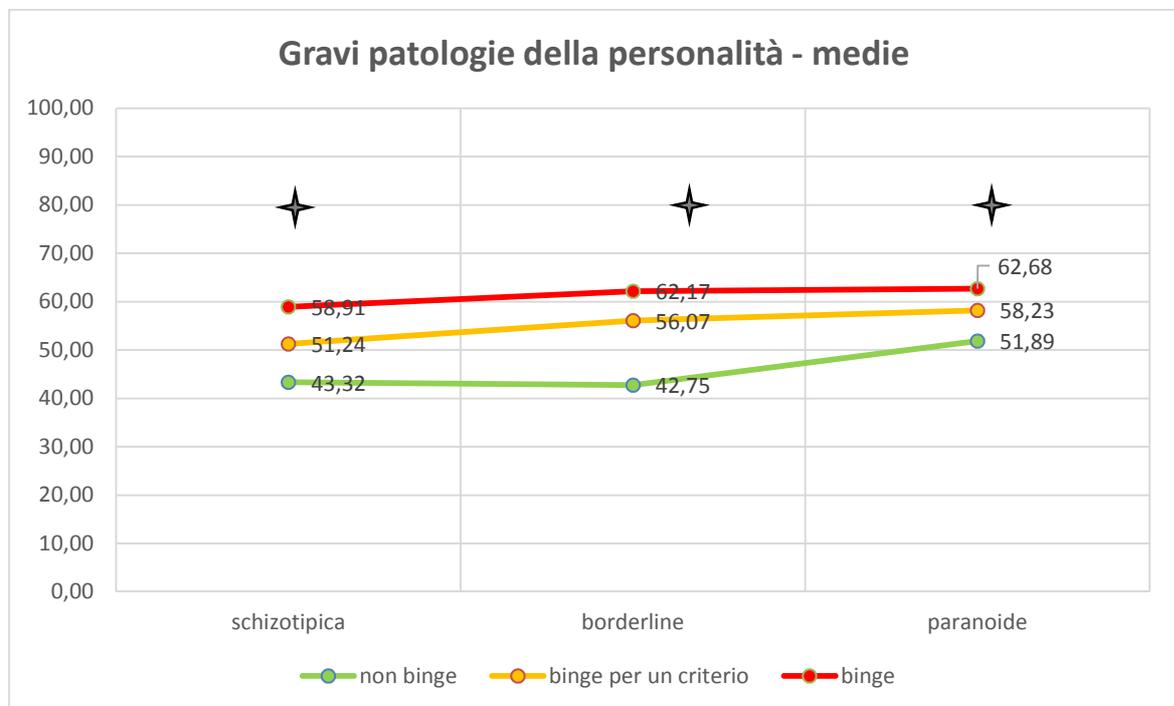
		pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating (n=25)				pazienti che soddisfano il criterio di BES sopra il cut-off (n=25)				pazienti che soddisfano il criterio di diagnosi DSM (n=25)				pazienti CON Diagnosi di Binge-Eating (n=25)				chi-quadrato		
		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Valore	df	p
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	23	92,0%	2	8,0%	2,083	3	,555
	borderline	25	100,0%	0	0,0%	21	84,0%	4	16,0%	23	92,0%	2	8,0%	17	68,0%	8	32,0%	11,628	3	,009*
	paranoide	21	84,0%	4	16,0%	20	80,0%	5	20,0%	21	84,0%	4	16,0%	23	92,0%	2	8,0%	1,49	3	,685
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	20	80,0%	5	20,0%	20	80,0%	5	20,0%	19	76,0%	6	24,0%	17	68,0%	8	32,0%	1,316	3	,725
	evitante	20	80,0%	5	20,0%	19	76,0%	6	24,0%	23	92,0%	2	8,0%	17	68,0%	8	32,0%	4,521	3	,210
	depressiva	19	76,0%	6	24,0%	15	60,0%	10	40,0%	22	88,0%	3	12,0%	14	56,0%	11	44,0%	7,81	3	,050*
	dipendente	24	96,0%	1	4,0%	16	64,0%	9	36,0%	21	84,0%	4	16,0%	16	64,0%	9	36,0%	10,559	3	,014

	istrionica	17	68,0%	8	32,0%	21	84,0%	4	16,0%	20	80,0%	5	20,0%	23	92,0%	2	8,0%	4,873	3	,181
	narcisistica	18	72,0%	7	28,0%	21	84,0%	4	16,0%	21	84,0%	4	16,0%	22	88,0%	3	12,0%	2,439	3	,486
	sadica	24	96,0%	1	4,0%	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%	0	0,0%	21	84,0%	4	16,0%	7,556	3	,056
	ossessivo	17	68,0%	8	32,0%	24	96,0%	1	4,0%	21	84,0%	4	16,0%	22	88,0%	3	12,0%	7,738	3	,052
	negativistica	20	80,0%	5	20,0%	10	40,0%	15	60,0%	19	76,0%	6	24,0%	16	64,0%	9	36,0%	10,681	3	,014*
	antisociale	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	23	92,0%	2	8,0%	6,122	3	,106
	masochistica	22	88,0%	3	12,0%	17	68,0%	8	32,0%	16	64,0%	9	36,0%	9	36,0%	16	64,0%	14,931	3	,002*
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	25	100,0%	0	0,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	23	92,0%	2	8,0%	3,78	3	,286
	depressione maggiore	23	92,0%	2	8,0%	19	76,0%	6	24,0%	22	88,0%	3	12,0%	19	76,0%	6	24,0%	3,614	3	,306
	disturbo delirante	22	88,0%	3	12,0%	22	88,0%	3	12,0%	22	88,0%	3	12,0%	24	96,0%	1	4,0%	1,333	3	,721
SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	ansia	15	60,0%	10	40,0%	6	24,0%	19	76,0%	9	36,0%	16	64,0%	8	32,0%	17	68,0%	7,64	3	,054
	somatizzazione	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	22	88,0%	3	12,0%	4	3	,261
	bipolare	24	96,0%	1	4,0%	23	92,0%	2	8,0%	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	0,632	3	,889
	distimia	20	80,0%	5	20,0%	16	64,0%	9	36,0%	22	88,0%	3	12,0%	14	56,0%	11	44,0%	7,937	3	,047*
	dipendenza da alcol	25	100,0%	0	0,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	3,03	3	,387
	Dipendenza da droghe	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	-	-	-
	dpts	24	96,0%	1	4,0%	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%	0	0,0%	24	96,0%	1	4,0%	9,063	3	,028*

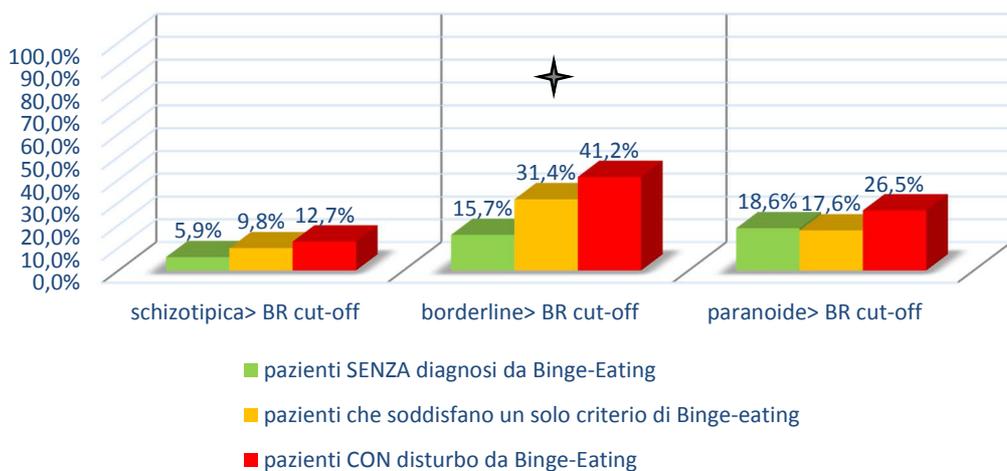
Lo studio di replicazione condotto sul Campione 2 (pazienti - Palermo) mette in luce andamenti simili per entrambi i livelli di analisi.

**I LIVELLO - CAMPIONE 2 (PAZIENTI – PALERMO):** Analisi di medie e frequenze dei tre sottogruppi soggetti con diagnosi BED, soggetti senza diagnosi BED, soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating e soggetti che soddisfa solo uno dei due criteri proposti. Si considerano questi ultimi come un unico gruppo.

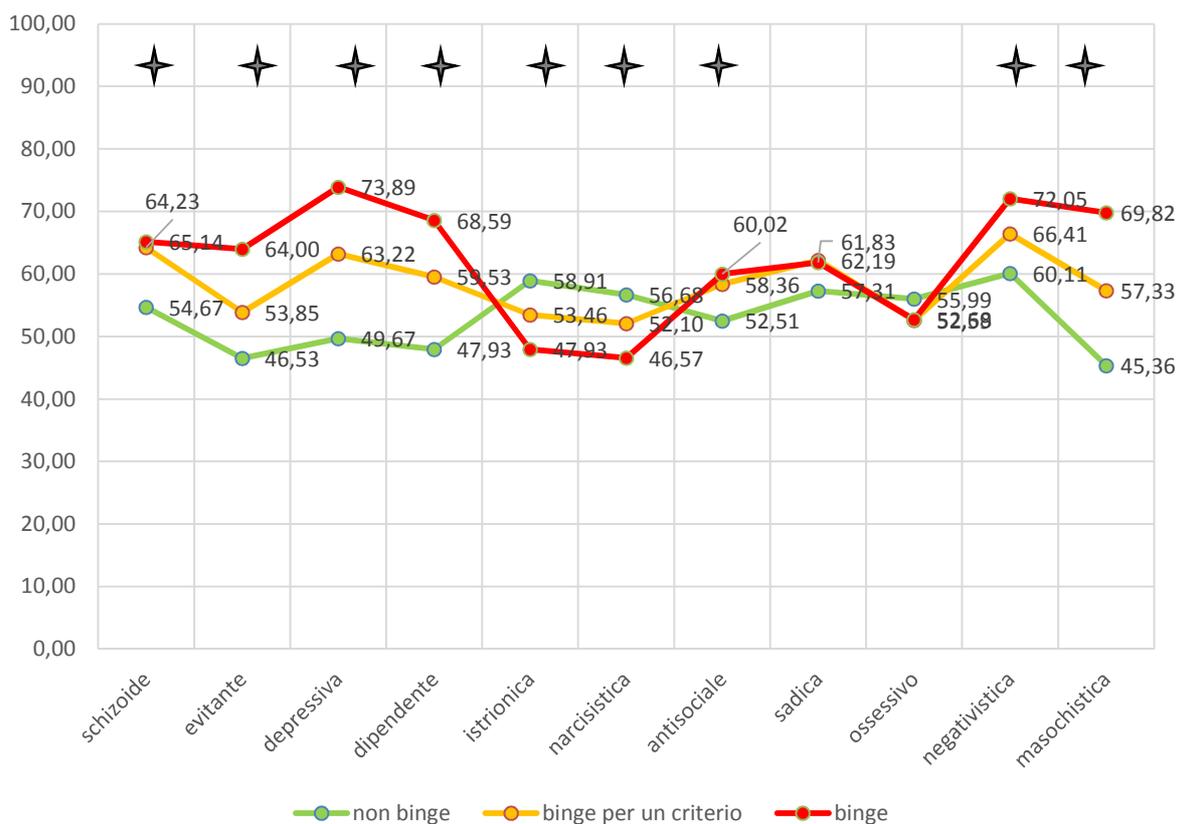
Se si considera il gruppo di soggetti con un solo criteri per avere una diagnosi di Disturbo da Binge-eating come un unico campione, i dati indicano un andamento intermedio fra le due categorie di soggetti di con e senza diagnosi di BED (N=306: 102 soggetti per ciascun gruppo), a conferma di quanto ipotizzato, relativamente alla sua mancanza di specificità. Come nel Campione 1 (pazienti - Milano), infatti, non è stata rilevata alcuna significatività per questo gruppo rispetto agli altri due.



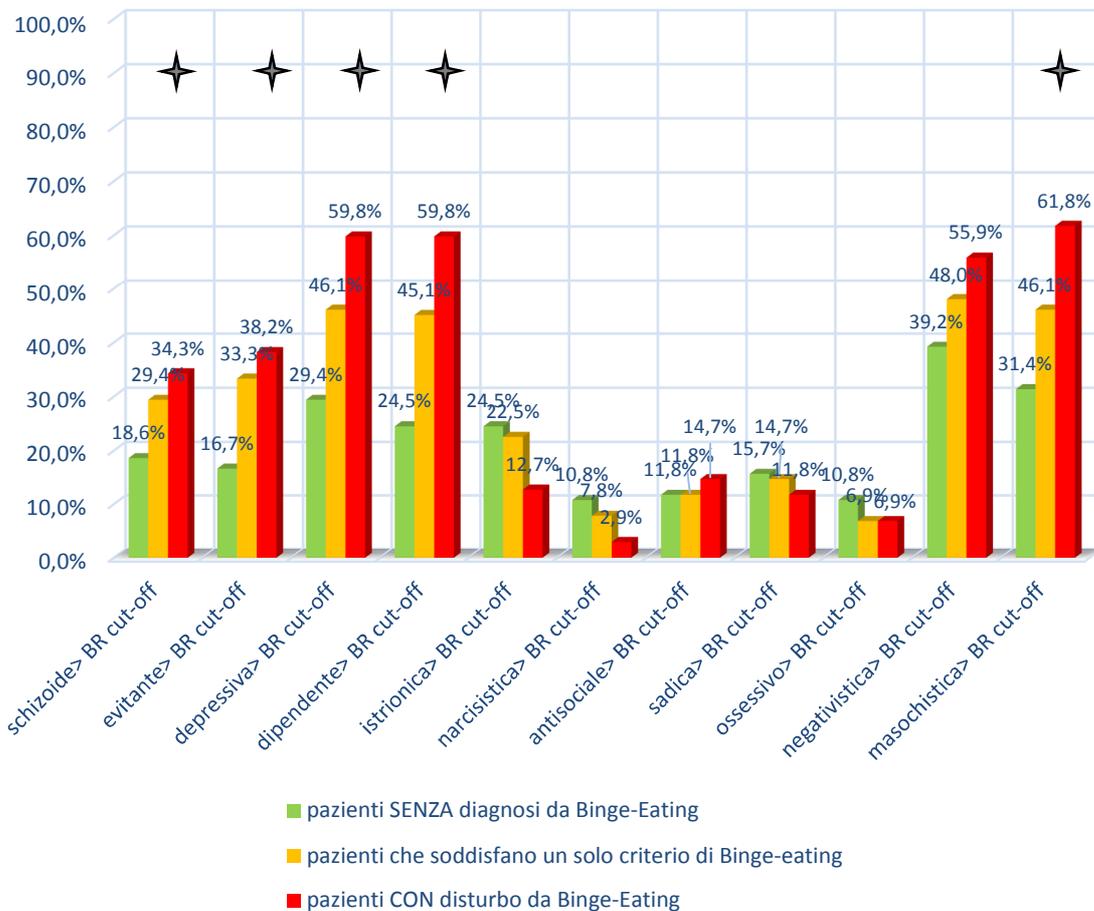
## Gravi patologie della personalità



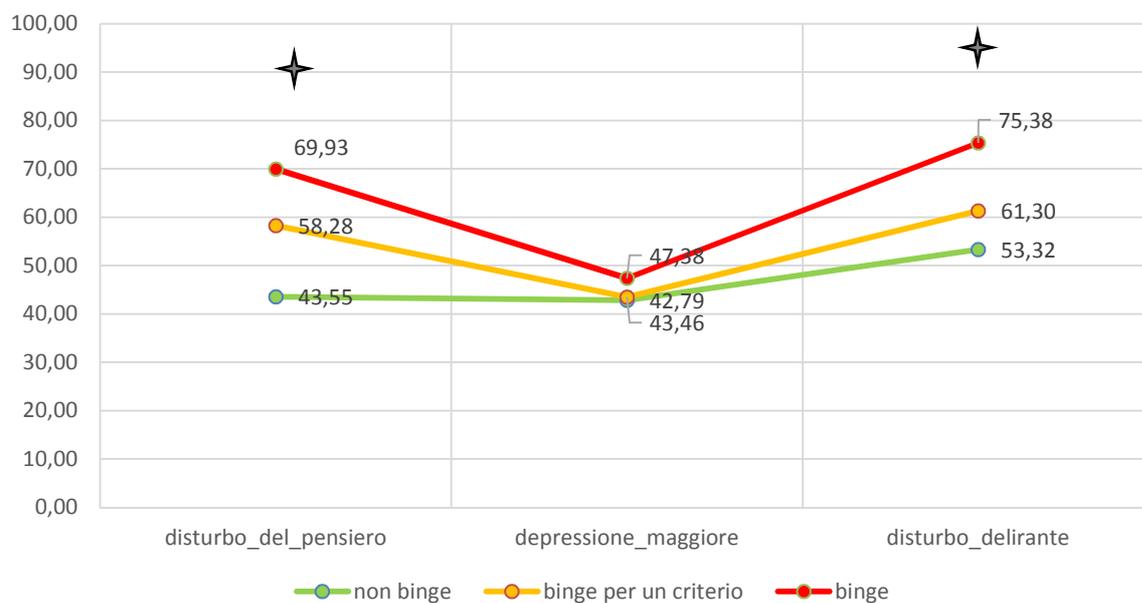
## Scale di personalità - medie



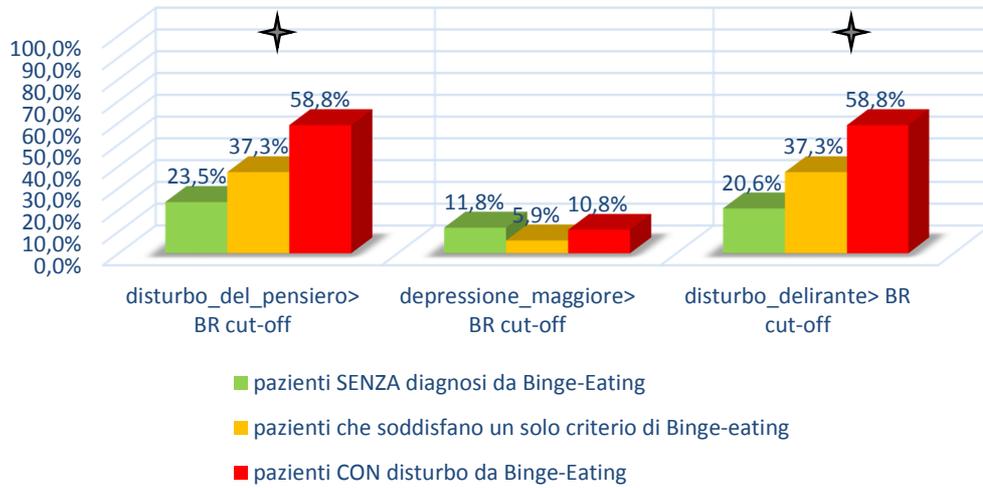
## Scale di personalità



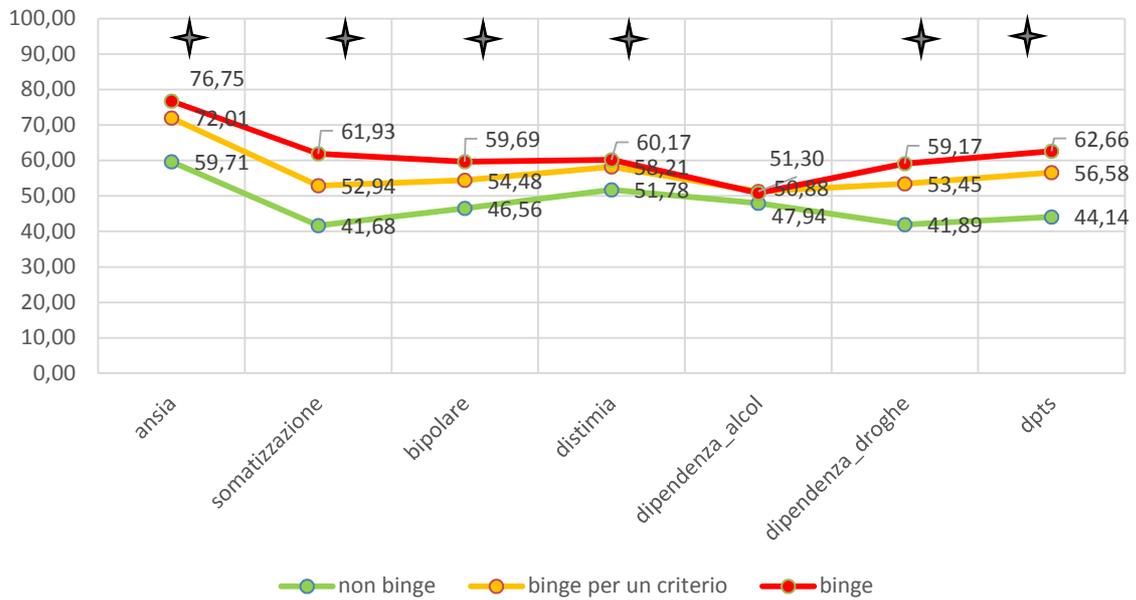
## Gravi sindromi cliniche - medie

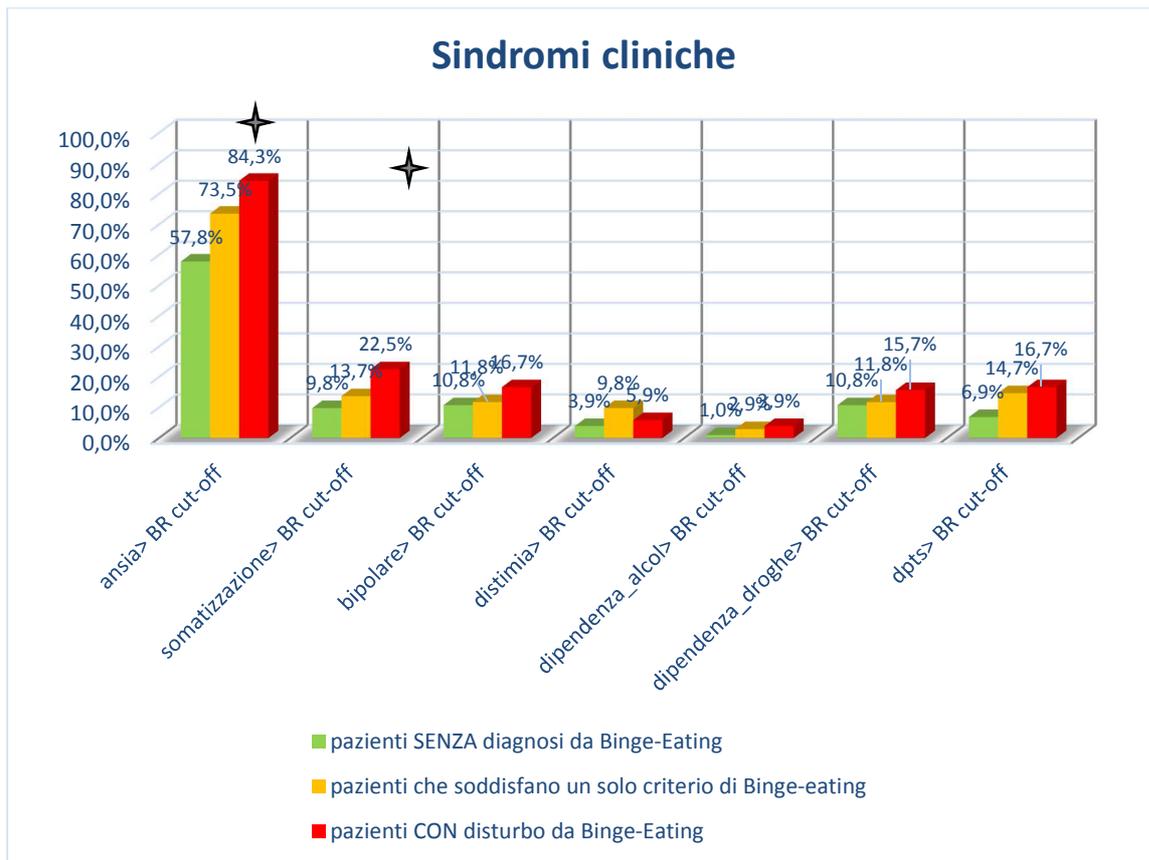


## Gravi sindromi cliniche



## Sindromi cliniche - medie





Tab. 7.5 Campione 2 (pazienti – Palermo): confronto fra le frequenze dei tre sottocampioni di soggetti con diagnosi di BED, soggetti senza diagnosi di BED, e soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating. Anova e confronti post-hoc.

	scale MCMI-III	pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB) (n=102)		pazienti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating (B1CRIT) (n=102)		pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B) (n=102)		df	F	p	ANOVA Post-hoc (Tukey)
		m	sd	m	sd	m	sd				
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	43,32	28,24	51,24	25,41	58,91	19,03	2	10,299	<,001*	B>NB
	borderline	42,75	26,09	56,07	26,09	62,17	21,14	2	16,674	<,001*	B>NB
	paranoide	51,89	28,35	58,23	23,70	62,68	22,84	2	4,763	,009*	B>NB
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	54,67	24,39	64,23	21,65	65,14	18,50	2	7,323	,001*	B>B1CRIT>NB
	evitante	46,53	24,03	53,85	26,98	64,00	22,42	2	13,026	<,001*	B>B1CRIT>NB
	depressiva	49,67	32,78	63,22	31,42	73,89	24,69	2	16,886	<,001*	B>B1CRIT>NB
	dipendente	47,93	27,60	59,53	27,82	68,59	24,53	2	15,348	<,001*	B>B1CRIT>NB
	istrionica	58,91	18,74	53,46	23,87	47,93	22,88	2	6,387	,002*	NB>B
	narcisistica	56,68	15,05	52,10	16,44	46,57	17,51	2	9,762	<,001*	NB>B1CRIT>B
	antisociale	52,51	22,56	58,36	18,08	60,02	16,82	2	4,258	,015*	B>NB
	sadica	57,31	20,96	62,19	15,35	61,83	15,24	2	2,490	,085	
	ossessivo	55,99	13,85	52,59	14,49	52,68	16,72	2	1,689	,186	
	negativistica	60,11	24,78	66,41	21,76	72,05	17,20	2	7,894	<,001*	B>NB
masochistica	45,36	31,96	57,33	29,74	69,82	22,84	2	18,862	<,001*	B>B1CRIT>NB	
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	43,55	32,27	58,28	29,64	69,93	21,99	2	22,257	<,001*	B>B1CRIT>NB
	depressione maggiore	42,79	30,77	43,46	29,08	47,38	29,97	2	,699	,498	

	disturbo delirante	53,32	24,29	61,30	27,32	75,38	21,61	2	21,165	<,001*	B>B1CRIT>NB
SCALE RELATIVE A SINDROMI CLINICHE	ansia	59,71	31,73	72,01	24,67	76,75	18,26	2	12,144	<,001*	B>NB>B1CRIT
	somatizzazione	41,68	29,15	52,94	25,34	61,93	19,92	2	16,688	<,001*	B>B1CRIT>NB
	bipolare	46,56	27,55	54,48	21,92	59,69	22,43	2	7,674	,001*	B>NB>B1CRIT
	distimia	51,78	21,12	58,21	17,97	60,17	14,02	2	6,092	,003*	B>NB>B1CRIT
	dipendenza da alcol	47,94	20,20	51,30	22,07	50,88	21,44	2	,758	,469	
	dipendenza da droghe	41,89	29,76	53,45	24,71	59,17	21,54	2	12,087	<,001*	B>NB>B1CRIT
	dpts	44,14	27,87	56,58	22,08	62,66	17,19	2	17,484	<,001*	B>NB>B1CRIT

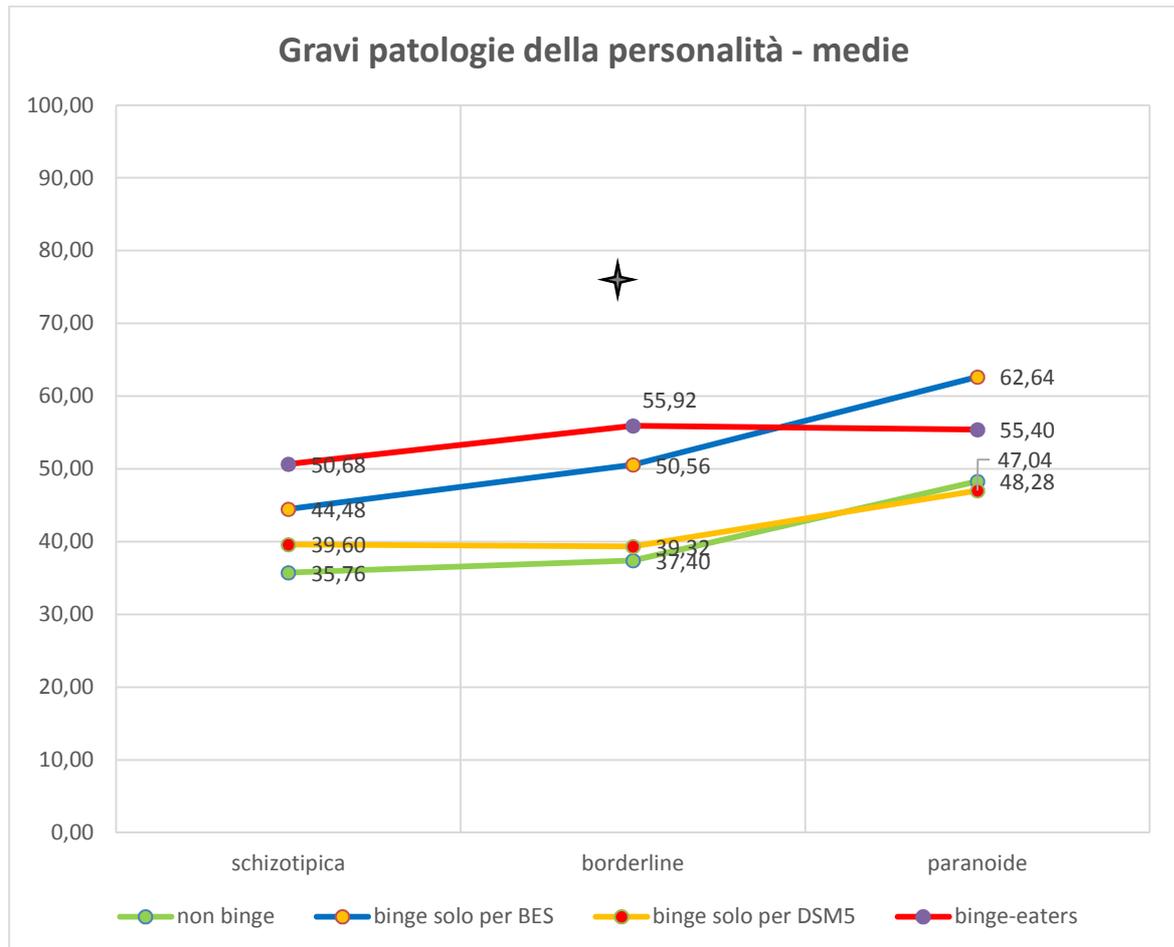
Tab. 7.6 Campione 2 (pazienti – Palermo): confronto fra le frequenze dei tre sottocampioni di soggetti con diagnosi di BED, soggetti senza diagnosi di BED, e soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating rispetto al cut-off clinico del test MCMI-III, tramite la Statistica del chi-quadrato.

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating (n=102)				pazienti che soddisfano UN SOLO criterio di Binge-eating (n=102)				pazienti CON Disturbo da Binge-Eating (n=102)				chi-quadrato		
		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Valore	gl	p
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	96	94,1%	6	5,9%	92	90,2%	10	9,8%	89	87,3%	13	12,7%	2,819	2	,244
	borderline	86	84,3%	16	15,7%	70	68,6%	32	31,4%	60	58,8%	42	41,2%	16,244	2	<,001*
	paranoide	83	81,4%	19	18,6%	84	82,4%	18	17,6%	75	73,5%	27	26,5%	2,885	2	,236
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	83	81,4%	19	18,6%	72	70,6%	30	29,4%	67	65,7%	35	34,3%	6,597	2	,037*
	evitante	85	83,3%	17	16,7%	68	66,7%	34	33,3%	63	61,8%	39	38,2%	12,561	2	,002*
	depressiva	72	70,6%	30	29,4%	55	53,9%	47	46,1%	41	40,2%	61	59,8%	19,085	2	<,001*
	dipendente	77	75,5%	25	24,5%	56	54,9%	46	45,1%	41	40,2%	61	59,8%	26,139	2	<,001*
	istrionica	77	75,5%	25	24,5%	79	77,5%	23	22,5%	89	87,3%	13	12,7%	5,078	2	,079
	narcisistica	91	89,2%	11	10,8%	94	92,2%	8	7,8%	99	97,1%	3	2,9%	4,800	2	,091
	sadica	86	84,3%	16	15,7%	87	85,3%	15	14,7%	90	88,2%	12	11,8%	0,704	2	,703
	ossessivo	91	89,2%	11	10,8%	95	93,1%	7	6,9%	95	93,1%	7	6,9%	1,394	2	,498
	negativistica	62	60,8%	40	39,2%	53	52,0%	49	48,0%	45	44,1%	57	55,9%	5,685	2	,058
	antisociale	90	88,2%	12	11,8%	90	88,2%	12	11,8%	87	85,3%	15	14,7%	0,529	2	,768
masochistica	70	68,6%	32	31,4%	55	53,9%	47	46,1%	39	38,2%	63	61,8%	18,948	2	<,001*	
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	78	76,5%	24	23,5%	64	62,7%	38	37,3%	42	41,2%	60	58,8%	26,936	2	<,001*
	depressione maggiore	90	88,2%	12	11,8%	96	94,1%	6	5,9%	91	89,2%	11	10,8%	2,362	2	,307
	disturbo delirante	81	79,4%	21	20,6%	64	62,7%	38	37,3%	42	41,2%	60	58,8%	31,545	2	<,001*
	ansia	43	42,2%	59	57,8%	27	26,5%	75	73,5%	16	15,7%	86	84,3%	17,888	2	<,001*
	somatizzazione	92	90,2%	10	9,8%	88	86,3%	14	13,7%	79	77,5%	23	22,5%	6,687	2	,035*

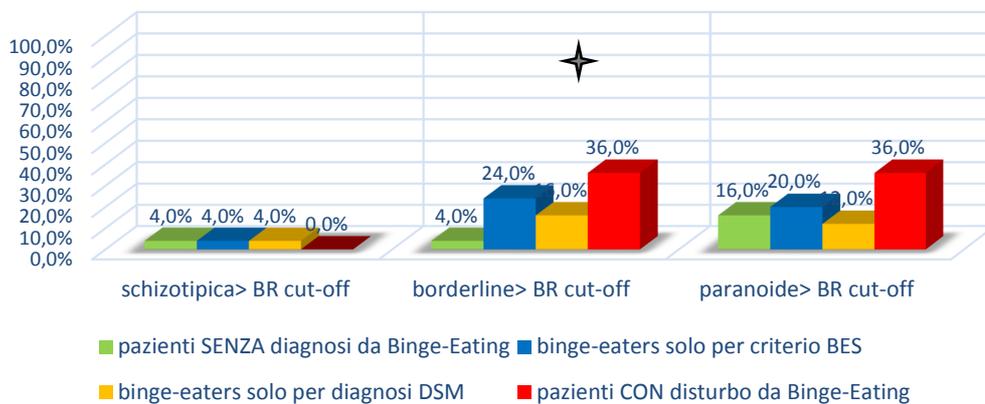
SCALE RELATIVE	bipolare	91	89,2%	11	10,8%	90	88,2%	12	11,8%	85	83,3%	17	16,7%	1,783	2	,410
A SINDROMI	distimia	98	96,1%	4	3,9%	92	90,2%	10	9,8%	96	94,1%	6	5,9%	2,996	2	,224
CLINICHE	dipendenza da alcol	101	99,0%	1	1,0%	99	97,1%	3	2,9%	98	96,1%	4	3,9%	1,797	2	,407
	Dipendenza da droghe	91	89,2%	11	10,8%	90	88,2%	12	11,8%	86	84,3%	16	15,7%	1,234	2	,539
	dpts	95	93,1%	7	6,9%	87	85,3%	15	14,7%	85	83,3%	17	16,7%	4,937	2	,085

II LIVELLO - CAMPIONE 2 (PAZIENTI – PALERMO): Analisi di medie e frequenze scorporando la categoria di soggetti che soddisfano solo un criterio, sulla base di quale criterio soddisfano (se diagnosi DSM o punteggio al questionario BES superiore al cut-off).

Scorporando i soggetti per la tipologia di criterio soddisfatto, anche in questo caso si conferma la tendenza opposta alle ipotesi formulate, tale per cui emerge come questi due sottogruppi (solo diagnosi DSM vs solo punteggio al questionario sopra cut-off) abbiano valori sovrapponibili rispettivamente ai soggetti senza disturbo da Binge-eating e con BED, come emerso nel Campione 1 (pazienti - Milano) (N=100: 25 soggetti per ciascuno dei 4 gruppi).

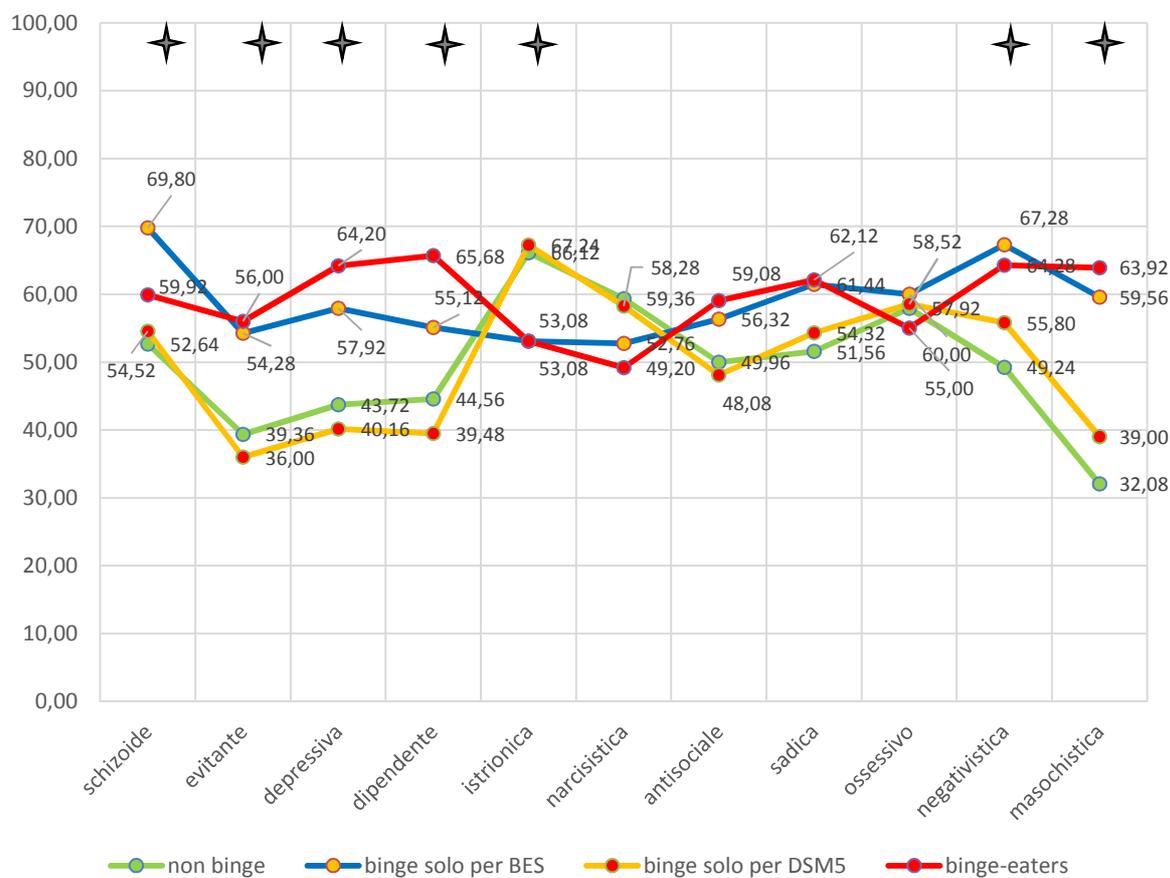


## Gravi patologie della personalità

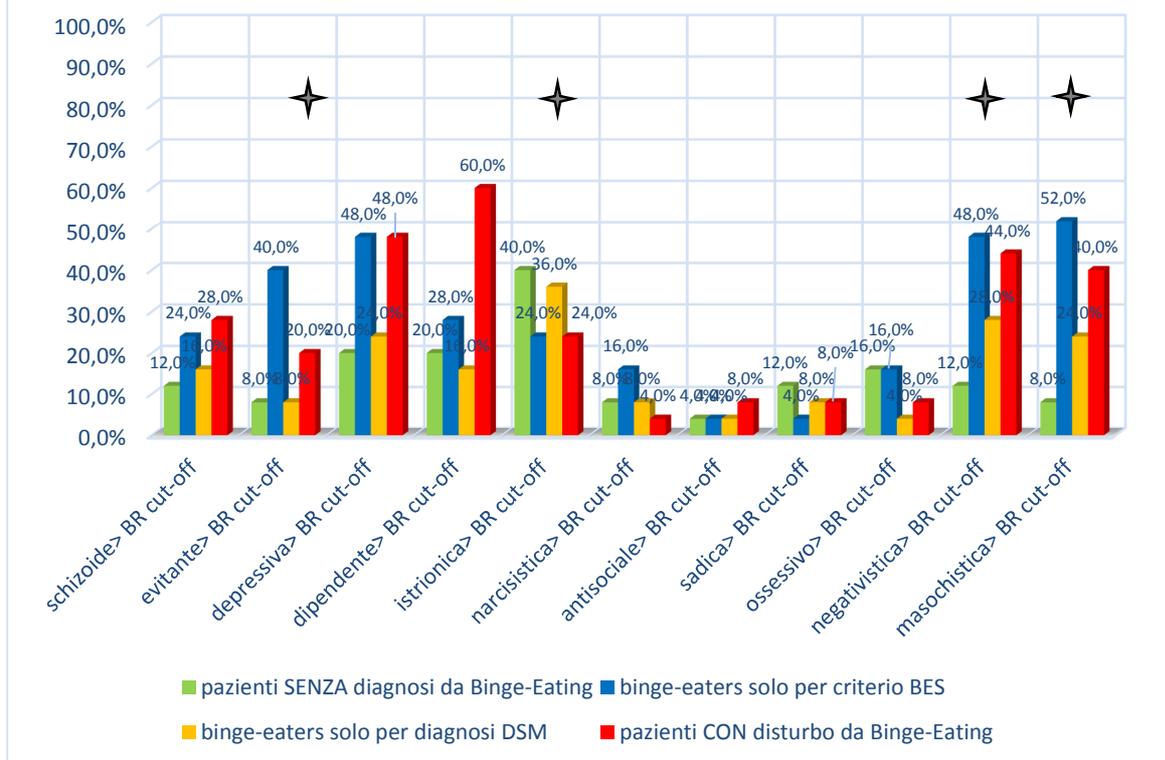


Anche a livello di scale di personalità, si evidenziano due andamenti molto diversi tra loro, in cui i soggetti binge-eaters e quelli che hanno solo il criterio di BES sopra soglia hanno valori significativamente più alti nelle prime quattro scale. Interessante è come le differenze più significative siano proprio fra soggetti BED e soggetti con solo il criterio DSM.

## Scale di personalità - medie

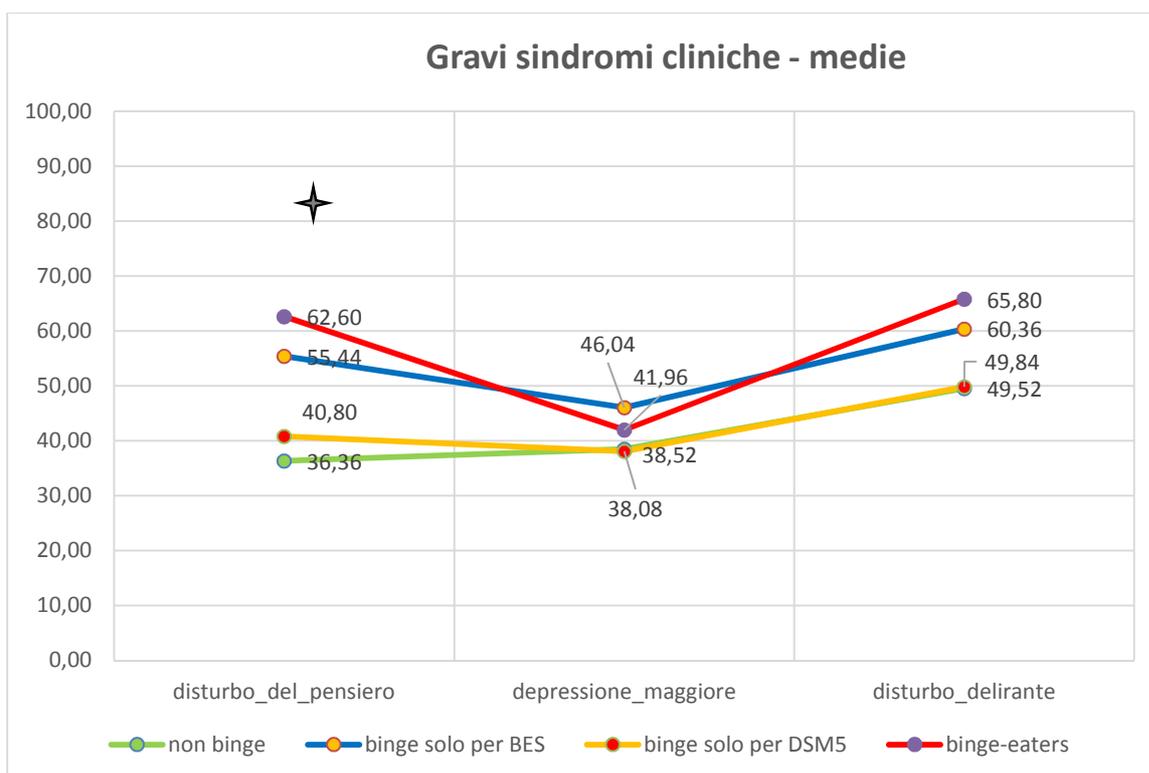


## Scale di personalità

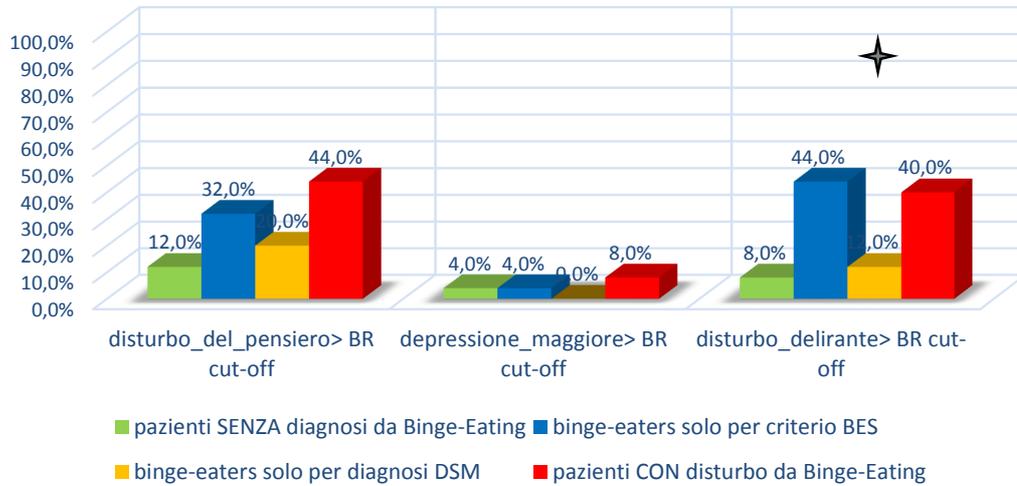


A livello delle scale sulla presenza di Gravi sindromi cliniche, si segnalano livelli più alti in tutti i sottocampioni, relativamente al disturbo delirante. Ciò può indicare la dispersione dei punteggi all'interno di ciascuna categoria.

## Gravi sindromi cliniche - medie

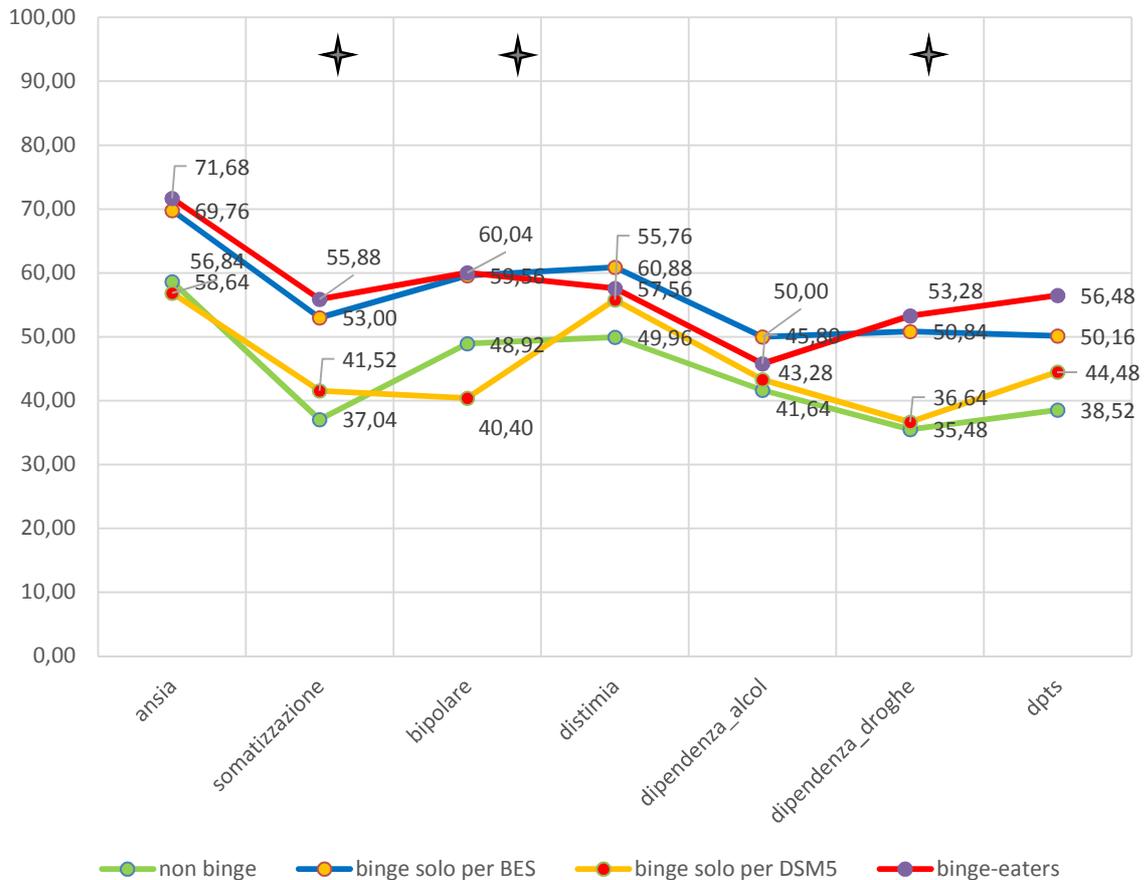


## Gravi sindromi cliniche

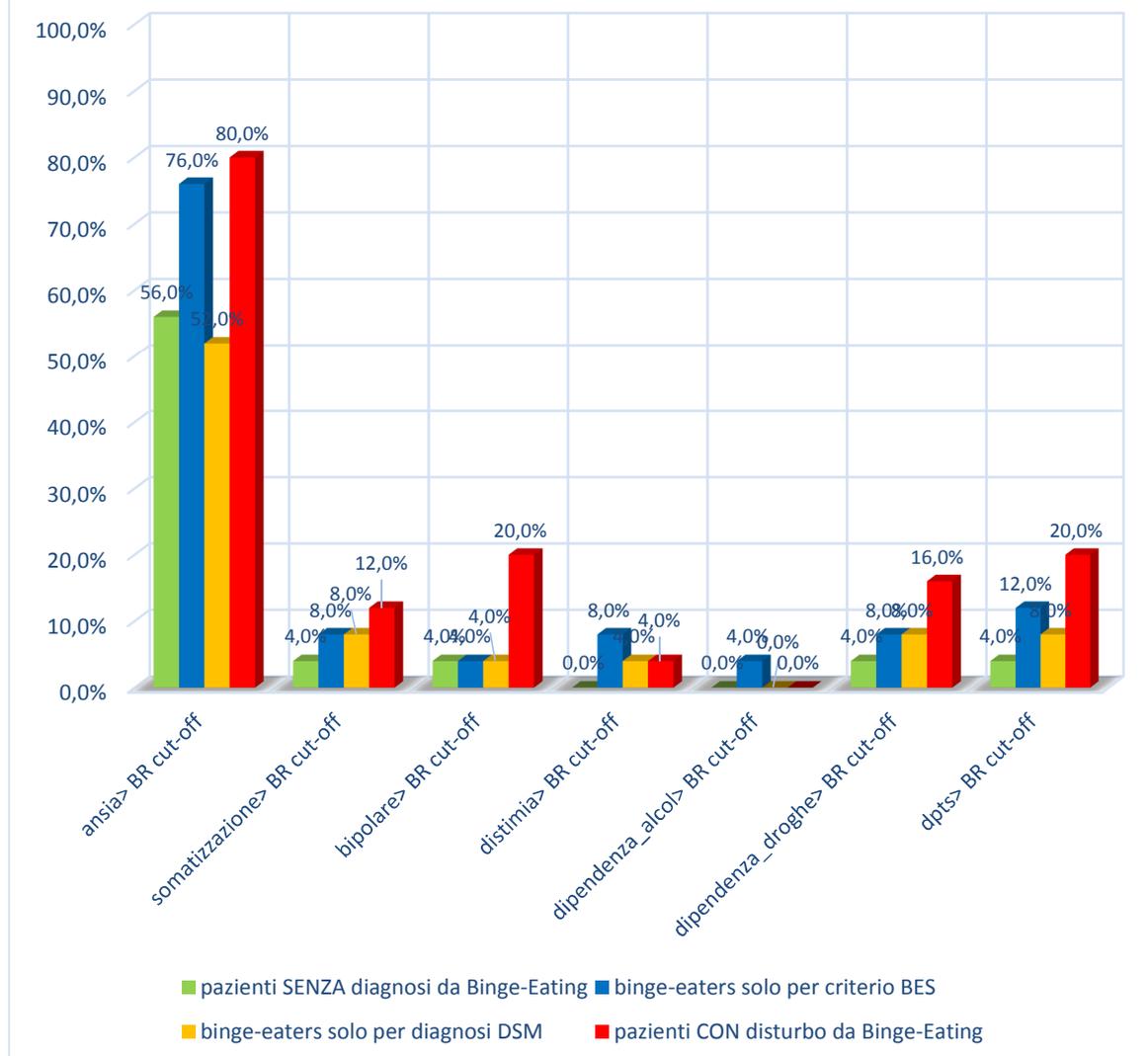


A livello di sindromi cliniche, anche in questo caso si rilevano alti punteggi nella scala Ansia per tutti i sottogruppi di pazienti, a indicare la presenza marcata di questo aspetto fra i soggetti obesi.

## Sindromi cliniche - medie



## Sindromi cliniche



Tab. 7.7 Campione 2 (pazienti – Palermo): confronto fra le medie dei quattro sottocampioni di soggetti con diagnosi di BED, soggetti senza diagnosi di BED, e la suddivisione dei soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating in binge-eaters solo per criterio BES e solo per criterio diagnosi DSM. Anova e confronti post-hoc.

		pazienti SENZA diagnosi da Binge-Eating (NB)		binge-eaters solo per criterio BES (BES-CRIT)		binge-eaters solo per diagnosi DSM (DSM-CRIT)		pazienti CON disturbo da Binge-Eating (B)					
		(n=25)		(n=25)		(n=25)		(n=25)					
	scale MCMI-III	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd	df	F	p	Post-hoc (Tukey)
GRAVI PATOLOGIE DELLA PERSONALITA'	schizotipica	35,76	29,78	44,48	28,48	39,60	28,90	50,68	23,57	3	1,345	,264	
	borderline	37,40	23,18	50,56	25,12	39,32	29,70	55,92	23,73	3	3,031	,033*	-
	paranoide	48,28	27,37	62,64	13,57	47,04	28,35	55,40	31,68	3	1,898	,135	
SCALE DI PERSONALITA'	schizoide	52,64	18,02	69,80	16,75	54,52	23,63	59,92	19,52	3	3,838	,012*	BES-CRIT>NB>DSM-CRIT
	evitante	39,36	20,53	54,28	25,70	36,00	26,83	56,00	25,55	3	4,237	,007*	B>DSM-CRIT
	depressiva	43,72	27,03	57,92	32,27	40,16	33,63	64,20	25,41	3	3,678	,015*	B>DSM-CRIT
	dipendente	44,56	22,71	55,12	26,58	39,48	27,62	65,68	26,99	3	4,993	,003*	B>DSM-CRIT>NB
	istrionica	66,12	14,45	53,08	22,92	67,24	18,03	53,08	21,30	3	4,090	,009*	-
	narcisistica	59,36	13,32	52,76	16,97	58,28	13,64	49,20	17,85	3	2,350	,077	
	antisociale	49,96	19,45	56,32	15,97	48,08	24,62	59,08	15,26	3	1,832	,147	
	sadica	51,56	21,48	61,44	8,94	54,32	21,16	62,12	12,72	3	2,380	,074	
	ossessivo	57,92	11,58	60,00	14,56	58,52	11,80	55,00	15,63	3	,603	,615	
	negativistica	49,24	22,93	67,28	17,09	55,80	26,53	64,28	20,24	3	3,484	,019*	BES-CRIT>NB
masochistica	32,08	28,10	59,56	29,02	39,00	31,06	63,92	25,47	3	7,394	>,001*		
GRAVI SINDROMI CLINICHE	disturbo del pensiero	36,36	29,56	55,44	30,93	40,80	29,86	62,60	22,97	3	4,651	,004*	NB>DSM-CRIT>B
	depressione maggiore	38,52	30,88	46,04	28,09	38,08	27,76	41,96	31,95	3	,386	,763	
	disturbo delirante	49,52	22,99	60,36	24,02	49,84	28,76	65,80	23,79	3	2,593	,057	
	ansia	58,64	29,46	69,76	24,56	56,84	30,99	71,68	23,27	3	1,928	,130	

SCALE	somatizzazione	37,04	21,66	53,00	22,30	41,52	31,07	55,88	23,97	3	3,245	,025*	B>NB
RELATIVE	bipolare	48,92	21,90	59,56	16,25	40,40	21,80	60,04	26,07	3	4,662	,004*	BES-CRIT>DSM-CRIT>B
SINDROMI	distimia	49,96	18,07	60,88	9,22	55,76	19,20	57,56	16,10	3	2,013	,117	
CLINICHE	dipendenza da alcol	41,64	21,44	50,00	22,54	43,28	25,57	45,80	23,11	3	,615	,607	
	dipendenza da droghe	35,48	25,49	50,84	25,54	36,64	28,81	53,28	27,85	3	2,977	,035*	-
	dpts	38,52	26,08	50,16	28,39	44,48	24,90	56,48	21,71	3	2,295	,083	

Tab. 7.8 Campione 2 (pazienti – Palermo): confronto fra le frequenze dei quattro sottocampioni di soggetti con diagnosi di BED, soggetti senza diagnosi di BED, e la suddivisione dei soggetti che soddisfano un solo criterio di Binge-eating in binge-eaters solo per criterio BES e solo per criterio diagnosi DSM rispetto al cut-off clinico del test MCMI-III, tramite la Statistica del chi-quadrato.

		pazienti SENZA Diagnosi di Binge-Eating (n=25)				pazienti che soddisfano il criterio di BES sopra il cut-off (n=25)				pazienti che soddisfano il criterio di diagnosi DSM (n=25)				pazienti CON Diagnosi di Binge-Eating (n=25)				chi-quadrato		
		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off		BR<cut-off		BR>cut-off				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Valore	df	p
GRAVI	schizotipica	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	1,031	3	,794
PATOLOGIE	borderline	24	96,0%	1	4,0%	19	76,0%	6	24,0%	21	84,0%	4	16,0%	16	64,0%	9	36,0%	8,500	3	,037*
DELLA	paranoide	21	84,0%	4	16,0%	20	80,0%	5	20,0%	22	88,0%	3	12,0%	16	64,0%	9	36,0%	5,003	3	,172
PERSONALITA'																				
SCALE	schizoide	22	88,0%	3	12,0%	19	76,0%	6	24,0%	21	84,0%	4	16,0%	18	72,0%	7	28,0%	2,500	3	,475
PERSONALITA'	evitante	23	92,0%	2	8,0%	15	60,0%	10	40,0%	23	92,0%	2	8,0%	20	80,0%	5	20,0%	11,111	3	,011*

	depressiva	20	80,0%	5	20,0%	13	52,0%	12	48,0%	19	76,0%	6	24,0%	13	52,0%	12	48,0%	7,516	3	,057
	dipendente	20	80,0%	5	20,0%	18	72,0%	7	28,0%	21	84,0%	4	16,0%	10	40,0%	15	60,0%	13,978	3	,003*
	istrionica	15	60,0%	10	40,0%	19	76,0%	6	24,0%	16	64,0%	9	36,0%	19	76,0%	6	24,0%	2,384	3	,497
	narcisistica	23	92,0%	2	8,0%	21	84,0%	4	16,0%	23	92,0%	2	8,0%	24	96,0%	1	4,0%	2,320	3	,509
	sadica	22	88,0%	3	12,0%	24	96,0%	1	4,0%	23	92,0%	2	8,0%	23	92,0%	2	8,0%	1,087	3	,780
	ossessivo	21	84,0%	4	16,0%	21	84,0%	4	16,0%	24	96,0%	1	4,0%	23	92,0%	2	8,0%	2,758	3	,430
	negativistica	22	88,0%	3	12,0%	13	52,0%	12	48,0%	18	72,0%	7	28,0%	14	56,0%	11	44,0%	9,181	3	,027*
	antisociale	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	23	92,0%	2	8,0%	0,632	3	,889
	masochistica	23	92,0%	2	8,0%	12	48,0%	13	52,0%	19	76,0%	6	24,0%	15	60,0%	10	40,0%	12,856	3	,005*
GRAVI	disturbo del	22	88,0%	3	12,0%	17	68,0%	8	32,0%	20	80,0%	5	20,0%	14	56,0%	11	44,0%	7,458	3	,059
SINDROMI	pensiero																			
CLINICHE	depressione	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	23	92,0%	2	8,0%	2,083	3	,555
	maggiore																			
	disturbo delirante	23	92,0%	2	8,0%	14	56,0%	11	44,0%	22	88,0%	3	12,0%	15	60,0%	10	40,0%	13,514	3	,004*
SCALE	ansia	11	44,0%	14	56,0%	6	24,0%	19	76,0%	12	48,0%	13	52,0%	5	20,0%	20	80,0%	6,595	3	,086
RELATIVE	somatizzazione	24	96,0%	1	4,0%	23	92,0%	2	8,0%	23	92,0%	2	8,0%	22	88,0%	3	12,0%	1,087	3	,780
SINDROMI	bipolare	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	20	80,0%	5	20,0%	6,522	3	,089
CLINICHE	distimia	25	100,0%	0	0,0%	23	92,0%	2	8,0%	24	96,0%	1	4,0%	24	96,0%	1	4,0%	2,083	3	,555
	dipendenza da	25	100,0%	0	0,0%	24	96,0%	1	4,0%	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%	0	0,0%	3,03	3	,387
	alcol																			
	Dipendenza da	24	96,0%	1	4,0%	23	92,0%	2	8,0%	23	92,0%	2	8,0%	21	84,0%	4	16,0%	2,32	3	,509
	droghe																			
	dpts	24	96,0%	1	4,0%	22	88,0%	3	12,0%	23	92,0%	2	8,0%	20	80,0%	5	20,0%	3,575	3	,311

## Discussioni e Conclusione

Questo studio esplorativo ha indagato le caratteristiche di personalità dei soggetti appartenenti alle diverse categorie emerse, ottenute con l'uso congiunto di diagnosi DSM e questionario BES. Lo scopo era quello di trovare un'ipotesi esplicativa riguardo la discrepanza diagnostica emersa fra i due criteri.

I dati sono indicativi di come tener conto del tipo di criterio soddisfatto, permetta di individuare due specifiche tipologie di pazienti con due differenti profili.

Il primo gruppo, sono coloro che hanno, come unico criterio, punteggi al questionario sintomatologico Binge Eating Scale sopra il cut-off clinico (ma che non hanno ricevuto una diagnosi DSM dal clinico). Dai risultati provenienti dal MCMI-III, emerge come i loro punteggi siano molto simili, e per certe scale quasi sovrapponibili, a quelli dei punteggi dei soggetti con diagnosi di Disturbo da Binge-eating, al contrario dell'ipotesi formulata. Essi, quindi, possiedono un profilo di gravità alto quanto i pazienti con un BED conclamato.

**Si ipotizza che soggetti di questo tipo, rientrino nella categoria di individui che agiscono le cosiddette abbuffate "soggettive".** Come descritto nel Capitolo 1, infatti, esiste la differenza fra abbuffate oggettive e abbuffate soggettive (Cooper, 1993). Con queste ultime, si intende la percezione soggettiva da parte dei pazienti, di mettere in atto degli episodi di binge-eating ma questi agiti, in realtà, non soddisfano i criteri previsti per una definizione di abbuffata in quanto tale. In questi casi, l'attenzione del soggetto si focalizzerebbe sull'impossibilità a operare un controllo sul cibo ingerito (quadro frequentemente presente nelle pazienti con Anoressia Nervosa). Ciò alimenterebbe un grande allarme in questi soggetti, ragione che li porterebbe ad amplificare la percezione delle proprie difficoltà e della loro condizione, intensificando la gravità percepita. In questo senso, il loro modo di rispondere alle domande dei questionari self-report potrebbe essere stato influenzato da tali sentimenti. I punteggi elevati non sarebbero connessi al fatto che si tratti di persone che volontariamente vogliono far emergere un quadro di maggiore gravità, ma di soggetti che sovrastimano realmente la gravità della loro condizione. Ciò potrebbe essere connesso alla presenza di un pensiero fortemente intaccato dall'allarme sperimentato, che porterebbe questi soggetti a interpretare la realtà sia interna che esterna in quest'ottica, in un atteggiamento di alto criticismo rivolto a sé.

Il secondo gruppo di soggetti con un solo criterio è quello rappresentato da coloro che hanno come unico criterio soddisfatto quello di essere stati diagnosticati BED secondo i criteri del DSM-5. A differenza dell'ipotesi formulata riguardo al fatto che essi avessero un andamento simile ai soggetti con BED, essi presentano un andamento quasi sovrapponibile ai soggetti senza Disturbo da binge-eating.

Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM mostrano, quindi, valori molto diversi rispetto all'altro gruppo di soggetti (BED) con cui condividono la stessa diagnosi nosografico-descrittiva, formulata secondo i criteri richiesti dal DSM-5. **Interessante notare come tale differenza non sarebbe emersa se si fosse fatto ricorso solo alla formulazione di una diagnosi DSM-oriented.**

Questo risultato solleva molti interrogativi. Anche in questo caso, si ipotizza l'influenza dettata dalla modalità di risposta di questi soggetti ai self-report, che potrebbe essere, a sua volta, strettamente connessa alla visione che essi avrebbero della malattia.

E' possibile ipotizzare, infatti, che il gruppo di soggetti con la sola diagnosi DSM ma bassi punteggi al questionario sintomatologico, siano persone con un profondo desiderio di essere adeguate e iperadattate. Ciò le porterebbe, in maniera non solo conscia, ma anche inconsapevolmente, a porsi in una posizione "difensiva" nei confronti di un qualsivoglia strumento diagnostico, soprattutto di fronte a un self-report in cui è evidente l'obiettivo che si vuole perseguire facendo alcune domande (validità di facciata).

Lo scopo finale per questi soggetti, pertanto, potrebbe essere quello di voler risultare adeguati agli occhi dell'Altro, a scapito della possibilità di fidarsi e di mostrare all'esterno le proprie debolezze<sup>13</sup>. Complessivamente, quindi, i risultati ottenuti dai due sottogruppi potrebbero essere entrambi connessi alle problematiche legate all'utilizzo dei self-report, che, accanto ai grandi vantaggi in termini di rapidità e costi che questi portano al mondo della valutazione diagnostica, potrebbero aver risentito in un caso della visione "non oggettiva" e strettamente soggettiva e esperienziale del soggetto che lo compila, mentre, nell'altro caso, del fenomeno della *self-presentation* (Bornstein, 2007) – a tale proposito si veda il Cap.3. Questo giustificerebbe anche il punteggio ottenuto alla BES, per la quale non esiste una scala di validità che consideri l'influenza della desiderabilità sociale.

Le "distorsioni" che emergono da questi strumenti, però, permettono di avere un nuovo punto osservativo del fenomeno, e di essere un'importante fonte di informazioni riguardo l'esperienza del soggetto e, di conseguenza, il suo modo di leggere la realtà esterna e interna.

Questo dato, a livello clinico, è risultato particolarmente utile nel percorso di definizione del trattamento per questi pazienti. Nello specifico, ha orientato la costituzione dei gruppi di terapia organizzati in reparto. Creare dei gruppi di terapia misti, cioè in cui presenti sia soggetti con BES positiva ma senza diagnosi DSM5 sia soggetti con diagnosi DSM ma questionario sotto soglia, permette un confronto e un rispecchiamento più efficaci per i pazienti coinvolti.

---

<sup>13</sup> A tale proposito, si indica che i dati relativi alla scala della desiderabilità sociale (indice di modifica) nel MCMI-III mettono in luce questo tipo di influenza.

Nel caso di pazienti con diagnosi di BED ma con un punteggio al questionario sintomatologico inferiore alla soglia clinica, poter entrare in contatto, in un ambiente protetto, con le difficoltà riportate dagli altri partecipanti (che loro stessi hanno), consente un aumento del livello di consapevolezza riguardo la loro condizione, consentendo, inoltre che ciò non si accompagni a un aumento dei vissuti negativi nei propri confronti.

Nel caso dei pazienti con il solo questionario sopra la soglia clinica ma senza una diagnosi di Disturbo da Binge-eating, invece, partecipare a un percorso di gruppo anziché individuale consente di lavorare in maniera più efficace sull'allarme sperimentato, e confrontarsi con soggetti con un disturbo oggettivo, permette loro di diventare più consapevoli del quantitativo di cibo effettivamente assunto.

Questo lavoro, a nostro parere, mette in luce l'importanza di ricorrere a un approccio mixed-method, in cui strumenti diversi consentono di raccogliere informazioni differenti di uno stesso fenomeno, per pervenire a una sua maggiore comprensione e alla specificità del quadro di ciascun paziente.

Lavorare sulle discrepanze diagnostiche è di grande utilità clinica, poiché contribuisce a incrementare una visione più globale e complessiva, non focalizzata unicamente sul sintomo.

A tale proposito, il successivo capitolo indaga le caratteristiche di funzionamento dei soggetti appartenenti alla categoria con diagnosi di Disturbo da binge-eating ma un punteggio alla Binge Eating Scale inferiore al cut-off clinico.

## Capitolo 8

### Indagine sul funzionamento di personalità dei pazienti obesi che hanno una diagnosi DSM di Disturbo da Binge-eating ma un punteggio al questionario sintomatologico inferiore al cut-off clinico

Dagli studi precedenti (si veda capitolo 7), è emersa una somiglianza al test MCMI-III rispetto all'andamento dei punteggi soggetti con la sola diagnosi DSM con i soggetti non binge-eaters.

Tuttavia, come già argomentato, si è ipotizzato che questi due sottogruppi (soggetti con solo diagnosi DSM vs non binge-eaters) differiscano fra loro, attribuendo la somiglianza dei profili a una tendenza dei soggetti con la sola diagnosi a negare le proprie difficoltà, in un movimento difensivo nei confronti del test e, in generale, dello sguardo dell'Altro. Ciò renderebbe conto anche della discrepanza con il punteggio che essi hanno riportato al questionario sintomatologico. Alla base, infatti, ci potrebbe essere il tentativo da parte loro mostrarsi in maniera più adeguata e/o desiderabile.

Per indagare le caratteristiche di questo gruppo di soggetti, il presente studio prevede, in primo luogo, di analizzare qualitativamente le risposte fornite da questi soggetti alla Scala BES per indagare le risposte scelte con maggiore frequenza.

In seguito, nel tentativo di superare la problematica legata alle misure esplicite (self-report) e approfondire l'indagine su questa tipologia di pazienti, confutando la somiglianza emersa con i soggetti senza diagnosi di Disturbo da Binge-eating, si sono esplorate le differenze fra questi due gruppi attraverso il Test di Rorschach.

### Metodologia

I livelli di analisi, pertanto, sono ancora una volta due:

1. I LIVELLO - Indagare qualitativamente le risposte fornite, da questo sottogruppo di soggetti, alla Binge Eating Scale

2. Il LIVELLO – esplorare le differenze nel funzionamento di personalita' fra soggetti con la sola diagnosi DSM e i non binge eaters, attraverso il Test di Rorschach

## Materiale e metodi

### Strumenti

Binge Eating Scale (BES; Gormally, 1982)

Test di Rorschach, secondo il Sistema Comprensivo di Exner (Exner, 2003), somministrato da psicodiagnosta abilitato.

### Campione

Questo studio si è svolto all'interno del Campione 1 (Pazienti – Milano).

Per il lavoro qualitativo sulla BES, il campione è composto da tutti i soggetti che hanno avuto dal clinico una diagnosi DSM di Disturbo da Binge eating ma che hanno ottenuto punteggi inferiori al cut-off clinico nella Binge Eating Scale. Pertanto, N=25.

Per quanto riguarda il livello di analisi attraverso il Test di Rorschach, il campione è composto da 23 soggetti<sup>14</sup>, confrontati con 28 soggetti senza diagnosi di BED. Pertanto, N=51

## Analisi statistiche

Si sono calcolate le frequenze e le relative percentuali delle risposte fornite al questionario BES da parte dei soggetti che soddisfano il criterio di diagnosi DSM.

Per il test di Rorschach, si sono calcolate le frequenze attraverso la statistica Phi e le differenze fra le medie dei due campioni usando la statistica t per campioni indipendenti. Per queste ultime, l'effect-size delle differenze è stato valutato mediante la *d* di Cohen. Valori attorno a .2 indicano una dimensione

---

<sup>14</sup> Due di loro sono risultati impossibilitati a sottoporsi al test.

dell'effetto ridotta, attorno a .5 una dimensione dell'effetto media, e attorno a .8 una dimensione dell'effetto ampia.

Il livello di significatività statistica scelto è  $p < .05$ .

## Risultati

### I LIVELLO DI ANALISI – Indagine qualitativa delle risposte fornite da questi soggetti alla Binge Eating Scale

Si riportano, di seguito, le frequenze delle risposte fornite ai singoli item del questionario BES. Questi sono stati raggruppati sulla base della pertinenza di ciascuno rispetto al tema di volta evidenziato.

A livello qualitativo, un primo aspetto interessante riguarda il fatto che la maggioranza di questi soggetti ha indicato di avere il controllo sul proprio comportamento alimentare, e che, inoltre, ciò comporti per loro uno sforzo esiguo. Ciò si traduce nella messa in atto di comportamenti adeguati e genericamente considerati adatti, sia quando sono a contatto con altre persone sia quando sole.

BES - Item 2	Frequenza	Percentuale
Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduta/o in maniera corretta	10	40,00%
Mi sembra di trangugiare il cibo ma alla fine non mi sento troppo piena/o per aver mangiato eccessivamente	5	20,00%
A volte mangio velocemente e dopo mi sento troppo piena/o	7	28,00%
Di solito ingollo il cibo quasi senza masticarlo e poi mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo	3	12,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 3	Frequenza	Percentuale
Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo	13	52,00%
Penso di avere minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone	5	20,00%
Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo	3	12,00%

Mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione e cerco disperatamente di combattere i miei impulsi verso il cibo	4	16,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 9	Frequenza	Percentuale
La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo	13	52,00%
Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di mangiare pochissime calorie per compensare l'eccesso del pasto precedente.	8	32,00%
Ho l'abitudine di mangiare troppo di sera. Di solito non ho fame la mattina e mangio troppo la sera	0	0,00%
Da adulto ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete <i>da fame</i> , a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni	4	16,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 11	Frequenza	Percentuale
Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento piena/o	15	60,00%
Di solito riesco a smettere di mangiare appena mi sento piena/o, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi piena/o in modo sgradevole	4	16,00%
Per me è un vero problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito, alla fine, mi sento piena/o in modo sgradevole	6	24,00%
Per me è un vero problema smettere di mangiare e qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo	0	0,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 12	Frequenza	Percentuale
Quando sono con gli altri (incontri familiari, occasioni sociali) mi sembra di mangiare come quando sono da sola/o	14	56,00%
Quando sono con gli altri a volte non mangio quanto vorrei, perché sono consapevole dei miei problemi con il cibo	4	16,00%
Quando sono con gli altri spesso mangio poco, perché mangiare di fronte ad altri mi imbarazza molto	3	12,00%

Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scelgo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto	4	16,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 13	Frequenza	Percentuale
Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino	4	16,00%
<b>Faccio tre pasti al giorno e di solito anche degli spuntini</b>	<b>11</b>	<b>44,00%</b>
Quando faccio molti spuntini salto i pasti regolari	3	12,00%
Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari	7	28,00%
Totale	25	100,00%

Inoltre, il comportamento binge viene biasimato (perché lontano dall'adesione sociale?), e la sua presenza sembra associarsi a una visione negativa di sé, unitamente a una forte insoddisfazione per la propria condizione. Si ipotizza che tali sentimenti siano amplificati dal rimando sociale che questi soggetti ricevono, data la loro condizione di obesità non dovuta a una condizione medica (stigmatizzazione sociale).

BES - Item 6	Frequenza	Percentuale
Non mi sento per nulla in colpa, né provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo	2	8,00%
<b>A volte mi sento in colpa o provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo</b>	<b>15</b>	<b>60,00%</b>
Quasi sempre provo un forte senso di colpa o odio per me stessa/o se ho mangiato troppo	8	32,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 1	Frequenza	Percentuale
Non penso al mio peso e alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone	1	4,00%

Mi preoccupo del mio aspetto ma questo non mi rende insoddisfatta/o di me	4	16,00%
Penso al mio aspetto e al mio peso e mi sento delusa/o da me stessa/o	15	60,00%
Penso molto al mio peso e provo spesso forte vergogna e disgusto per me stessa/o. Perciò evito per quanto possibile di incontrare altre persone	5	20,00%
Totale	25	100,00%

La mente di questi pazienti, infatti, sembra focalizzata sui comportamenti maladattivi messi in atto che, a volte, sembrano rappresentare una punizione verso se stessi.

BES - Item 7	Frequenza	Percentuale
Quando sono a dieta non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche in momenti in cui mangio troppo	8	32,00%
Quando sono a dieta e mangio un cibo <i>proibito</i> , sento che ormai ho trasgredito e mangio ancora di più	12	48,00%
Quando sono a dieta e mangio più del dovuto mi dico spesso: "Ormai hai trasgredito, perché non vai fino in fondo?" Quando questo succede, mangio ancora di più	3	12,00%
Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni	2	8,00%
Totale	25	100,00%

È presente un pensiero ricorrente legato al cibo che maneggiano attraverso la messa in atto di un controllo sui propri impulsi, come strategia per arginarli. Secondo questi pazienti, queste idee aumenterebbero di intensità solo in sporadiche occasioni (facilmente gestibili).

BES - Item 14	Frequenza	Percentuale
Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare che non vorrei avere	4	16,00%
A volte la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare l'impulso a mangiare	10	40,00%

Spesso passo molto tempo pensando a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare	7	28,00%
La mia mente è occupata per la maggior parte del tempo da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare	4	16,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 15	Frequenza	Percentuale
Non penso molto al cibo	2	8,00%
Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo	16	64,00%
Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo	4	16,00%
La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare	3	12,00%
Totale	25	100,00%

In questo quadro, il ricorso al cibo appare saltuario e legato solo al fattore noia. Solo introducendo questo aspetto alcune di loro (32%) riesce a riconoscere la mancanza di controllo associata al mangiare.

BES - Item 4	Frequenza	Percentuale
Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o	3	12,00%
Qualche volta mangio quando sono annoiata/o, ma spesso riesco a distrarmi e a non pensare al cibo	8	32,00%
Spesso mangio quando sono annoiata/o, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo	6	24,00%
Ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o e niente riesce a farmi smettere	8	32,00%
Totale	25	100,00%

Il 45% dei pazienti riconosce di mangiare grandi quantitativi di cibo.

BES - Item 8	Frequenza	Percentuale
--------------	-----------	-------------

È raro che io mangi così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o	8	32,00%
Circa una volta al mese mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o	4	16,00%
<b>Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti</b>	<b>11</b>	<b>44,00%</b>
Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male e ho nausea	2	8,00%
Totale	25	100,00%

Infine, la maggior parte dei soggetti riconosce la presenza sporadica di una modalità impulsiva di ingerire cibo e quanto in questa non sia mai coinvolta la variabile legata alla sensazione di fame.

<b>BES - Item 5</b>	Frequenza	Percentuale
Di solito, quando mangio qualcosa è perché ho fame	3	12,00%
<b>Talvolta mangio d'impulso, senza avere veramente fame</b>	<b>15</b>	<b>60,00%</b>
Mi capita spesso di mangiare per soddisfare una sensazione di fame anche se fisicamente non ho bisogno di cibo; in queste occasioni non riesco nemmeno a gustare quello che mangio	5	20,00%
Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatta/o solo quando riesco a riempirmi la bocca (per esempio con un pezzo di pane). Qualche volta, quando questo succede,risputo il cibo per non ingrassare	2	8,00%
Totale	25	100,00%

<b>BES - Item 10</b>	Frequenza	Percentuale
Di solito riesco a smettere di mangiare quando lo decido. So quando è ora di dire basta	4	16,00%
A volte avverto un impulso a mangiare che non riesco a controllare	8	32,00%
<b>Spesso avverto impulsi a mangiare così forti che non riesco a vincerli, mentre altre volte riesco a controllarmi</b>	<b>12</b>	<b>48,00%</b>

Mi sento del tutto incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non farcela a smettere di mangiare con un atto di volontà	1	4,00%
Totale	25	100,00%

BES - Item 16	Frequenza	Percentuale
Di solito so se sono affamata/o oppure no. Prendo la porzione giusta per saziarmi.	8	32,00%
A volte non so bene se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziarmi.	13	52,00%
Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non avrei un'idea chiara di quale sarebbe, per me, una normale quantità di cibo.	4	16,00%
Totale	25	100,00%

I dati mostrano, quindi, la tendenza di questi soggetti a minimizzare la loro condizione.

Oltre a spiegare tali risultati come esito della tendenza sopra riportata di questi soggetti di voler risultare adeguati agli occhi dell'Altro, si ipotizza che questi dati siano anche connessi alla visione che essi hanno della propria condizione.

In altri termini, si ipotizza che essi ritengano gli episodi di abbuffata come connessi più a eventi sporadici e eccezionali che a una disfunzione costante che hanno. Tali eventi sporadici avrebbero origine dalla realtà esterna, ragione per cui l'assunzione di cibo per loro diventerebbe una sorta di "reazione" a ciò che accade. Si osserverebbe, quindi, uno spostamento dell'attenzione da sé come inetta e incapace (caratteristica del gruppo con BES positiva ma senza diagnosi DSM) a sé come persona che deve affrontare e si deve tutelare da avversità/problematiche provenienti dall'esterno.

Questo quadro spiegherebbe le risposte fornite alla BES. Molte delle domande del questionario, infatti, richiamano a scene di situazioni quotidiane e ordinarie, in cui si chiede al soggetto, quindi, se "normalmente" è in grado di mettere in atto un comportamento adeguato.

Le pazienti che appartengono a questo gruppo spesso riportano frasi in cui attribuiscono la colpa della loro condizione all'esterno come origine del problema, ad esempio "se non avessi problemi al lavoro riuscirei a fare la dieta". Ciò, se da un lato permetterebbe loro di tutelare la propria immagine di sé

dall'altra appare come un fattore prognostico negativo, poiché essi ritengono che sia la realtà esterna a dover cambiare, non loro stesse. Ne deriverebbe, pertanto, una condizione di immobilità e impotenza.

### **Il LIVELLO DI ANALISI – Esplorazione delle differenze nel funzionamento di personalita' fra soggetti con la sola diagnosi DSM e i non binge eaters attraverso il Test di Rorschach**

Il test di Rorschach è sembrato uno strumento utili per esplorare le variabili sottostanti al processo che ha contribuito a determinare il modo con cui i soggetti hanno risposto ai self-report.

Sulla base delle considerazioni cliniche formulate finora, si è ipotizzata la presenza di indicatori riguardanti l'allarme che essi sembrano avere nei confronti degli altri, con la necessità di operare un controllo sulla realtà eterna e interna (HVI). Ciò, quindi, se da un lato avrebbe implicazioni a livello interpersonale, nell'ottica di una visione dell'altro di cui non è possibile fidarsi ma anzi come colui da cui proteggersi, dall'altra influenzerebbe profondamente la percezione di sé. Si ipotizza, infatti, che il proprio mondo interno di questi soggetti sia caratterizzato, in misura maggiore rispetto ai soggetti senza BED, da intense emozioni da "tenere a bada", che andrebbero a incrementare l'allarme sperimentato (WSumC, Pure C, CF, Color Shading Blends), unitamente alle pressioni provenienti dalla presenza di propri bisogni primari non soddisfatti (SumT).

A livello cognitivo, si ipotizza l'assenza di una compromissione dell'esame di realtà nel confronto con il gruppo senza diagnosi, con ridotte distorsioni (XA%, WDA%, X-%), ma si indaga la loro tendenza, come nel MCMI-III, a fornire in misura maggiore risposte più convenzionali, in modo da apparire adeguati all'occhio dell'Altro (P, X+%, Xu%), così come la produzione di un maggiore numero di risposte rispetto ai soggetti senza diagnosi (R). Si ipotizza, infine, che il quadro descritto sia connesso al ricorso di una grande quantità di energia (EA).

I dati sembrano confermare, in questa tipologia di soggetti, la maggiore presenza di una modalità allarmata e iper-controllante, che influenza profondamente il pensiero di questi pazienti e il loro modo di leggere la realtà e di muoversi nel mondo (HVI).

Essi, infatti, sembrerebbero mostrare una preoccupazione generale di vulnerabilità nei confronti dell'ambiente esterno, con un atteggiamento di sfiducia verso questo.

Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM				
--------------------------------	---	--	--	--	--

variabili	m	sd	m	sd	t	df	p	Cohen's d <sup>15</sup>
HVITot	1,85	1,32	2,91	1,83	-2,385	49	,021	-0,660

Tale modalità influenza la visione degli altri nelle relazioni interpersonali ma investe anche quella del mondo interno interno di questi soggetti, denotando la percezione della necessità di operare un controllo su questo, costituito da affetti scomodi e pulsanti.

L'area degli affetti, infatti, presenta, in misura maggiore per i soggetti con il solo criterio di diagnosi BED, un mondo emotivo più ricco e complesso (WSumC), caratterizzato da emozioni per lo più non canalizzate a livello cognitivo (C, PureC>0, CF+C>FC+2).

Pertanto, questi soggetti si troverebbero a dover maneggiare un robusto insieme di emozioni, senza essere in grado di orientarli e bonificarli in maniera funzionale e adattiva. Ciò renderebbe conto dello "sfogo" che avviene attraverso il soma con le abbuffate, intese come modalità di gestione delle emozioni sperimentate. Questi pazienti, quindi, non riuscirebbero a modulare l'espressione emotiva, ma esse emergono e sono vissute in modo disregolato.

variabili	Soggetti senza diagnosi di BED		Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM		t	df	p	Cohen's d <sup>16</sup>
	m	sd	m	sd				
C	,14	,45	,57	,90	-2,06	30,92	,048*	-0,596
CShblend	,50	,64	,61	,84	-,53	49,00	,602	-0,146
WSumC	2,13	1,49	3,37	1,95	-2,58	49,00	,013*	-0,716
CFCCn	1,36	1,22	2,13	1,87	-1,78	49,00	,082	-0,490
SumC'	1,54	1,35	1,74	1,10	-,58	49,00	,563	-0,166

PureC > 0	No	Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
		25 (89,3%)	14 (60,9%)
	Sì	3 (10,7%)	9 (39,1%)

Phi=,333 p=,017

<sup>15</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti con il solo criterio di diagnosi DSM, mentre segni positivi indentificano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

<sup>16</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti con il solo criterio di diagnosi DSM, mentre segni positivi indentificano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

		Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
CF + C > FC + 2	No	27 (96,4%)	17 (73,9%)
	Sì	1 (3,6%)	6 (26,1%)

Phi=,326 p=,020

Al quadro descritto, che fa ipotizzare la presenza di una disregolazione emotiva, sembra contribuire la presenza di bisogni primari non soddisfatti. Si ipotizza che lo stato di allerta che invade costantemente questi pazienti, potrebbe essere riconducibile, a livello primario, a una mancata soddisfazione dei bisogni di cura e di accudimento, che ha creato nella paziente l'esigenza di salvaguardare il proprio spazio personale da qualsiasi interferenza emotiva, vissuta come potenzialmente minacciosa, a fronte di un contatto primario in cui non si sono sentiti gratificati affettivamente (SumT=0). Da qui lo sviluppo di modalità guardinghe e ipervigilanti verso l'ambiente al fine di assicurarsi una distanza emotiva.

La necessità di essere ipervigilate e ipervigilante potrebbe svolgere un ruolo anche nel numero di risposte fornite da questi soggetti che, a differenza delle ipotesi formulate, sono inferiori a quelle dei soggetti senza BED (R<17). Si ipotizza che ciò sia connesso a un atteggiamento difensivo da parte loro nei confronti di un test, in cui è difficile comprendere quale sia la reale richiesta (la "risposta giusta") preferendo, pertanto, di esporsi il meno possibile.

variabili	Soggetti senza diagnosi di BED		Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM		t	gl	Sign.	Cohen's d <sup>17</sup>
	m	sd	m	sd				
R	19,61	6,59	21,48	5,34	-1,096	49	,278	-0,312
EA	4,73	2,78	6,06	2,76	-1,709	49	,094	-0,481
SumT	,89	1,54	,260	,54	2,016	34,68	,052	0,545

<sup>17</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti con il solo criterio di diagnosi DSM, mentre segni positivi indentificano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

		Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
R<17	No	15 (53,6%)	20 (87%)
	Sì	13 (46,4%)	3 (13%)

Phi=-,358

p=,011\*

		Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
SUM T=0	no	12 (42,9%)	5 (21,7)
	si	16 (57,1%)	18 (78,3%)

phi= ,223, sign. =,111 (chi-quadrato= 2,534, sig. ,097)

L'assetto descritto richiede la necessità di numerose risorse, che questi soggetti sembrano avere in misura maggiore rispetto al gruppo di pazienti senza diagnosi, in cui oltre l'80% ha una quantità di risorse insufficiente (EA).

	Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
EA inferiore alla media	23 (85,2%)	11 (52,4%)
EA in media	2 (7,4%)	10 (47,6%)
EA superiore a media	2 (7,4%)	0 (0%)

chi-quadrato=10,990 p=,004\*

Il funzionamento del pensiero risulta adeguato in tutte le sue componenti, non evidenziando differenze rispetto ai soggetti senza la diagnosi di BED (PTI, WSum6).

Tuttavia, la modalità di allarmata ipercontrollante sopra descritta influenza, in generale, anche il modo con cui questi pazienti processano le informazioni, con una tendenza che può diventare caotica e inefficiente nel tentativo di riuscire a tener conto di tutti gli aspetti e i dettagli (HVI).

In media, l'esame di realtà risulta adeguato in entrambi i gruppi (X-%), e si evidenzia la maggiore presenza, nel gruppo di soggetti con la sola diagnosi DSM, di una percezione dell'ambiente come spaventoso, richiedente e inaccessibile (X+%<0.61 e Xu%>0.20). I dati emersi, non sembrano fornire indicazioni in merito tanto a una maggiore adeguatezza dei soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM,

quanto a un orientamento da parte loro verso una spinta narcisistica a volersi mostrare originali. Le azioni svolte nel mondo esterno, pertanto, potrebbero essere agite con l'intento di mostrare le proprie capacità, alla ricerca di farsi riconoscere un valore. Questa maggiore spinta all'individualità, quindi, sembra metter in luce il desiderio di questi soggetti di voler apparire come "speciale", attirando a sé lo sguardo, il desiderio, così come l'accettazione dell'Altro.

	Soggetti senza diagnosi di BED		Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM		t	gl	Sign.	Cohen's d <sup>18</sup>
	m	sd	m	sd				
PTITot	,75	1,40	,48	,84	,814	49	,420	0,234
Sum6	2,18	3,51	1,30	1,49	1,194	37,9	,240	0,324
Lv2SpSc	,75	1,67	,26	,75	1,388	39,1	,173	0,378
WSum6	8,04	15,24	3,78	5,07	1,387	34,0	,175	0,374

	Soggetti senza diagnosi di BED		Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM		t	df	p	Cohen's d <sup>19</sup>
	m	sd	m	sd				
X+%	,62	,16	,56	,12	1,566	49	,124	0,447
XA%	,78	,13	,78	,12	-,056	49	,956	-0,016
WDA%	,81	,13	,80	,12	,451	49	,654	0,127
X-%	,19	,13	,18	,10	,377	49	,708	0,107
Xu%	,15	,11	,22	,11	-2,125	49	,039*	-0,599
P	4,86	1,74	4,61	2,10	,462	49	,646	0,128

		Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
X+% < .61	No	20 (71,4%)	10 (43,5%)
	Sì	8 (28,6%)	13 (56,5%)

Phi= ,283 p=,044\*

<sup>18</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti con il solo criterio di diagnosi DSM, mentre segni positivi indentificano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

<sup>19</sup> Si tenga presente che segni negativi indicano un punteggio maggiore per il gruppo Pazienti con il solo criterio di diagnosi DSM, mentre segni positivi indentificano un punteggio maggiore per il gruppo di Pazienti senza diagnosi di Binge-Eating.

		Soggetti senza diagnosi di BED	Soggetti con il solo criterio di diagnosi DSM
Xu% > .20	No	19 (67,9%)	9 (39,1%)
	Sì	9 (32,1%)	14 (60,9%)

Phi=,287 p=,040\*

## Discussioni e Conclusione

Gli studi condotti sui soggetti con la sola diagnosi DSM e il questionario BES sottosoglia ha messo in luce la presenza di un diverso funzionamento rispetto ai soggetti senza diagnosi di BED, a differenza dei dati emersi dal MCMI-III in cui questi due gruppi presentavano profili simili.

Le argomentazioni sopra riportate in merito alle risposte fornite da questi soggetti alla BES aprono molti interrogativi riguardo la peculiare visione che alcuni soggetti hanno della propria condizione. Essa influenza profondamente il percorso terapeutico di un soggetto, ragione per cui lo si ritiene un elemento importante da considerare. Nello specifico, ciò che emerge è una visione tutto o niente in cui o “è solo colpa mia” o “è solo colpa del mondo”. A quest’ultima fazione sembrano appartenere i soggetti con diagnosi DSM ma questionario sottosoglia. Essi, infatti, riportano di avere, normalmente, adeguate capacità di mantenere il controllo: in questo quadro, le abbuffate rappresenterebbero non una mancanza di controllo ma una reazione innescata da qualcosa proveniente fuori da sé. Ciò indica come il modo di questi soggetti di rispondere ai self-report risulta strettamente connessa alla visione che essi avrebbero della malattia.

Pertanto, si potrebbe delineare una condizione di questi soggetti di allarme nei confronti dell’ambiente esterno, in cui un singolo avvenimento può originare una situazione di profondo caos. Ne deriverebbe una tendenza a voler controllare tutto ciò che accade, così da riuscire a prevedere l’arrivo della difficoltà. Questa ipotesi trova supporto nei risultati ottenuti al Test di Rorschach, in cui la caratteristica principale che emerge di questo sottogruppo è proprio la maggiore necessità, rispetto ai non BED, di ipercontrollare il mondo esterno e interno, come esito dell’allarme sperimentato, che potrebbe essere incrementato dagli affetti sperimentati da questi soggetti. Il loro mondo emotivo, infatti, appare più complesso e pulsante rispetto a quello dei soggetti senza diagnosi, con una maggiore presenza di emozioni non canalizzate a livello ideativo. A questo quadro si aggiungerebbe anche la presenza di bisogni primari non soddisfatti, che potrebbero derivare da una qualità allarmata della relazione con la

figura primaria. **Tale dato andrebbe nella direzione degli studi sulla relazione fra tipo di attaccamento e rischio di sviluppare un tale disturbo (Tasca et al., 2014), oltre che dare informazioni importanti riguardo la genesi della disregolazione emotiva.**

Il quadro di allarme descritto intacca profondamente anche il modo di entrare in relazione con gli altri, che sembra caratterizzato, da una parte, dall'impossibilità di avvicinarsi all'Altro, dall'altra, dal desiderio di essere accettati. Dai dati relativi al Rorschach, ciò non sembra tanto tradursi con il mostrarsi più aderenti possibili alle convenzioni sociali, come ipotizzato, quanto a una maggiore tendenza di voler esibire la loro "originalità" e "unicità", con l'intento di dimostrare il proprio valore all'Altro (valore che esiste solo nella relazione con un'altra persona che lo riconosce), nel tentativo di risultare appetibile e interessante, e, di conseguenza, accettato.

I soggetti con il solo criterio di avere una diagnosi DSM, pertanto, a differenza dei soggetti senza la diagnosi di BED, sembrano oscillare tra una posizione di allarme e diffidenza in cui si adoperano per mantenere una distanza dall'Altro, a una ricerca di conferma del proprio valore, con una importante fragilità a livello del sé, costantemente in balia del giudizio esterno.

## Capitolo 9

### Conclusioni Limiti e Direzioni Future delle ricerche svolte

La revisione della letteratura sul Disturbo da Binge-Eating ha messo in luce le problematiche connesse alla valutazione delle sue caratteristiche, e gli sforzi degli autori che se ne occupano.

In particolare, è difficile rilevare con precisione il fenomeno delle abbuffate. Questa è in parte conseguenza del rapporto che esiste tra abbuffata - che il sintomo alla base della sindrome - e la percezione che il paziente ha del proprio comportamento binge, difficoltà particolarmente pregnante dato il frequente ricorso a strumenti self-report. In questo quadro rientra la distinzione tra abbuffata oggettiva e soggettiva.

Tale percezione è connessa con la più ampia modalità di pensiero cosiddetta implicita (cioè automatica e non cosciente) del soggetto, sviluppata all'interno della relazione primaria, che influenza il modo con cui elabora le informazioni che riguardano se stesso, gli altri e il mondo.

I test oggettivi non possono realmente essere considerati misure "oggettive" dei costrutti psicologici sottesi (Meyer, Kurtz, 2006). Per esplorare questo livello di indagine, infatti, è necessario affiancare, a questi, strumenti proiettivi o performance-based.

Misure esplicite (self report) e implicite hanno una bassa correlazione fra loro e hanno una diversa capacità predittiva a seconda dei contesti in cui sono impiegate (Bornstein, 2002; James, Mazerolle, 2002; Kihlstrom, 1999; McClelland et al., 1989; Spangler, 1992). Il multimethod assessment evidenzia l'importanza di combinare i dati provenienti da più metodi e da molteplici definizioni operative, sottolineando la natura informativa che hanno le discrepanze fra gli strumenti utilizzati, al fine di pervenire a una maggiore comprensione della complessità del funzionamento della persona.

Nonostante queste evidenze, sempre più spesso si assiste all'uso di soli questionari *self-report* per verificare e confermare la presenza di una determinata patologia in un paziente, senza prevedere altri strumenti di verifica (Bornstein, 2012). Questa tendenza è ampiamente diffusa anche all'interno del sistema sanitario, data la costante necessità di ridurre costi e tempistiche.

Il ricorso a differenti tipi di tecniche di valutazione (interviste, test self-report, test performance-based ecc) permette di cogliere un diverso livello di egosintonia/egodistonia del disturbo (Murray et al., 1948) e di individuare modalità ricorrenti nel modo di agire o di affrontare le difficoltà o di rilevare

comportamenti diversi conseguenti alla diversità degli stimoli proposti. L'impiego di test differenti, infatti, può costituire un fattore di correzione nei confronti delle "aree cieche" dei test. Per tali ragioni, le discrepanze fra questi devono essere oggetto di grande attenzione, poiché spesso il paziente presenta delle discontinuità a seconda dei diversi domini di esperienza esplorati (Bornstein, 2002, 2010; Meyer et al., 2001).

E' in quest'ottica che abbiamo letto i risultati emersi dalla ricerca presentata.

I dati emersi hanno messo in luce un profilo specifico del paziente obeso con BED, confermando i dati di letteratura relativamente alla presenza di maggiori livelli di psicopatologia rispetto a soggetti obesi non BED. Tuttavia, il ricorso a un approccio multi-method ha permesso di indagare in maniera più approfondita la qualità di tale gravità. Ne è emerso un quadro di maggiore vulnerabilità strutturale rispetto ai soggetti obesi senza tale diagnosi, connessa alla presenza di interferenze ideative e emotive. Si è rilevata, infatti, la loro tendenza a avere un pensiero maggiormente disturbato da queste, con una influenza sulla loro modalità di leggere la realtà esterna e interna. A ciò, contribuirebbe la presenza di una disregolazione emotiva, che non sarebbe legata unicamente a emozioni con qualità depressiva o rabbiosa, bensì al generale mondo affettivo pulsante, che essi non sembrano essere in grado di maneggiare. A tale proposito, ci appare appropriata l'affermazione di Vinai riguardo alla presenza, in questi soggetti, di una "intolleranza alle emozioni". In questa direzione, andrebbe la tendenza dei dati riguardo a maggiori livelli di Alessitimia per questa tipologia di soggetti.

L'ipotesi formulata è che l'elemento cruciale, quindi, potrebbe non essere tanto la comorbilità psichiatrica presente, quanto un funzionamento, che potremmo definire atipico, rispetto alla elaborazione delle informazioni e costruzione della realtà. L'assunto sotteso a questa affermazione è che la natura della nostra esperienza soggettiva della realtà sia plasmata dai pattern di attività di gruppi neuronali che concorrono a formare lo stato della mente sin dai primi momenti di vita (Fosha et al., 2012).

In quest'ottica, il dato clinico riscontrato da diversi autori che in questi pazienti sia complesso sistematizzare la modalità di assunzione del cibo, sia durante l'abbuffata, sia in quei momenti della giornata in cui essa non si verifica (Vinai & Todisco, 2008; Ricca, Castellini & Faravelli, 2009) può essere oggetto di una duplice lettura.

Da una parte si può rimanere aderenti a una lettura più comportamentale del fenomeno, analizzando la difficoltà a distinguere nettamente e "delimitare" l'episodio di alimentazione incontrollata (per la generale tendenza a mangiare in maniera disordinata durante un'intera giornata - unstructured overeating).

Dall'altra si può optare per una lettura che tenga conto dello stato della mente in cui il soggetto si trova. In altri termini, sarebbe possibile che in questi pazienti in particolari condizioni ambientali tendono ad attivarsi alcuni pattern di attivazione neurale diventati relativamente stabili, che rientrerebbero nel gruppo dei cosiddetti "attrattori"<sup>20</sup>. Di conseguenza, ciò costituirebbero un ostacolo all'esplorazione di nuove possibilità, ragione per cui le persone non sarebbero più in grado di crescere e di evolversi e le diverse situazioni verrebbero associate a esperienze soggettive di immobilità e di malessere (Howe, Lewis, 2005).

La discrepanza emersa fra diagnosi nosografico-descrittiva e diagnosi testologica, ha messo in luce l'annoso problema legato alla questione "falsi positivi e falsi negativi". Essa sarà oggetto di approfondimento, affiancando ai risultati emersi ulteriori strumenti self-report e il giudizio di altri due clinici specializzati in disturbi alimentari. Allo stato attuale, sebbene la diagnosi DSM e il questionario BES abbiano due razionali sottesi diversi, e per certi versi non sovrapponibili, essi rappresentano le due facce della stessa medaglia. Indagare la percezione soggettiva di questi pazienti, infatti, ha permesso di approfondire la conoscenza del fenomeno e a identificare una categoria a sé stante all'interno della stessa etichetta diagnostica di Disturbo da Binge-eating. La categoria più inattesa, a nostro avviso, era proprio quella dei soggetti con una diagnosi DSM-5 ma contemporaneamente bassi punteggi al questionario sintomatologico, sottocategoria che non avremmo individuato se non avessimo fatto ricorso ai due criteri congiuntamente.

Si sono delineati, in questo modo, non uno ma più profili possibili di pazienti obesi con Disturbo da Binge-Eating. In questo senso, un multi-method assessment permette di reperire più informazioni, diverse fra loro, che, coniugandosi, permettono una migliore comprensione del paziente, del suo modo di percepire, vedere e interpretare il mondo, se stesso, la terapia (di qualunque genere: psicoterapeutica, dietologica, ecc) e la relazione con l'Altro. Ad esempio, le indicazioni ricavate permettono di formulare delle ipotesi relativamente alle risorse possedute dal soggetto e il possibile livello di alleanza che in un primo momento potrà avere col terapeuta e, in generale, di compliance al trattamento, diventano, così, la base su cui definire quale possa essere la miglior tipologia di intervento per quello specifico paziente.

I numerosi limiti delle ricerche presentate sono inclusi nelle direzioni future della ricerca.

In primo luogo, verrà stratificato il campione, così da realizzare uno studio di prevalenza del Disturbo da Binge-Eating in ambito nazionale secondo i criteri DSM-5. Inoltre, verrà riservata maggiore attenzione

---

<sup>20</sup> Con l'accumularsi delle esperienze certi stati della mente diventano più probabili e tipici e quindi considerati come "stati attrattori" del sistema (Lang in press)

all'indagine delle variabili sociodemografiche e al ruolo che esse ricoprono nella genesi e nel mantenimento del disturbo.

La popolazione su cui questi studi sono stati effettuati è specifica: si tratta di soggetti obesi che richiedono un trattamento dietologico. Oggetto di futuri studi dovrebbe essere, anche, l'indagine del quadro emerso anche su soggetti normopeso, così da tentare di isolare le caratteristiche che sono specificamente legate al solo disturbo da Binge-Eating. L'obesità, infatti, è una variabile importante che deve essere oggetto di ulteriori studi.

Infine, si darà maggiore rilevanza alla variabile gravità. Sempre più, infatti, si assiste a un interesse del mondo scientifico verso questo criterio, DSM compreso, che potrebbe apportare un nuovo contributo nella definizione di un miglior piano di presa in carico di questi pazienti.

## Bibliografia

Abraham, S.F., & Beumont, P.J.V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625–635.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. Tr It. Cortina Editore, 2014.

American Psychiatric Association, (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*, 3ed. APA, June.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> text revision ed.). Washington, DC: Author. Tr It. Masson, 2001.

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th text revision ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, D.A., Lundgren, J.D., Shapiro, J.R., Paulosky, C.A. (2004). Assessment of eating disorder. Review and recommendations for clinical use. *Behav Modification*, nov, 763-782.

Ardevini, C. (1999). *Binge eating* and restraint model: psychometric analysis in *binge eating* disorder and normal weight bulimia. *European Eating Disorders Review*, 7, 293-299.

Auerbach, J.S., Blatt, S.J. (2002), "The concept of mind: A developmental analysis". In Lasky, R. (a cura di), *Symbolization and Desymbolization*. Other Press, New York, NY, pp. 75-117.

Bara, B. G., & Beretta Stroppa, S., (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo psi-cosomatico. In B. G. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

Bastianelli, A., Vicentini, M., Spoto, A., & Vidotto, G., (2007). Un modello di equazioni strutturali per lo studio dei fattori di rischio nel mantenimento del disturbo da alimentazione incontrollata. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29 (3), B50-B55.

Becker, D.F., Masheb, R.M., White, M.A., Grilo, C.M. (2010) Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with *binge eating* disorder. *Compr Psychiatry*, 51, 531-537.

Blatt, S.J. (1991), "A cognitive morphology of psychopathology". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, pp. 449-458.

Bolton, D. (2012), "Classification and casual mechanisms:a deflationary approach to the classification problem". In Kendler, K.S., Parnas, J. (a cura di), *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*. Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 6-11.

Bolton, D., Hill, J. (2003). *Mind, Meaning and Mental Disorder: The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*. Oxford OUP.

Bontempi, S., & Dalla Grave, R., (2012). Disturbi dell'alimentazione: una sintesi delle attuali conoscenze e della terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica. *Psicoterapeuti In-formazione*, 10, 3 – 29.

Bornstein, R.F. (2012), Rorschach Score Validation as a Model for 21st Century Personality Assessment". In *Journal of Personality Assessment*, 94:1, pp. 26-38

Bornstein, R.F. (2011), "From symptom to process: How the PDM alters goals and strategies in psychological assessment". In *Journal of Personality Assessment*, 93(2), pp. 142–150.

Bornstein, R.F. (2010), "Psychoanalytic theory as a unifying framework for 21st century personality assessment". In *Psychoanalytic Psychology*, 27, pp. 133–152.

Bornstein, R.F. (2007), Might the Rorschach be a projective test after all? Social projection of an undesired trait alters Rorschach Oral Dependency scores. *Journal of Personality Assessment*, 88, 354–367

Bornstein, R.F. (2007), "Toward a Process-Based Framework for Classifying Personality Tests: Comment on Meyer and Kurtz (2006)", In *Journal of Personality Assessment*, 89, 2, pp. 202-207.

Bornstein, R.F. (2006), "A Freudian construct lost and reclaimed: The psychodynamics of personality pathology". In *Psychoanalytic Psychology*, 23, pp. 339-353.

Bornstein, R.F. (2003), "Psychodynamic models of personality". In Millon, T., Lerner, M.J. (a cura di), *Comprehensive Handbook of Psychology, Vol. 5: Personality and Social Psychology*. Wiley, New York, NY, pp. 117– 134.

Bornstein, R.F. (2002), "A process dissociation approach to objective-projective test score interrelationships". In *Journal of Personality Assessment*, 78, pp. 47-68.

Bornstein, R.F. (2001), "A meta-analysis of the dependency-eating disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability". In *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, pp. 151–162.

Bornstein, R.F. (1998), "Reconceptualizing personality disorder diagnosis in the DSM–V: The discriminant validity challenge". In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, pp. 1–12.

Bornstein, R.F., O'Neill, R. M. (1992), "Parental perceptions and psychopathology". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, pp. 475-483.

Bram, A.D., Peebles, M.J. (2014) *Psychological testing that matters. Creating a road map for effective treatment*, APA, NY, Washington DC,

Brownell, K.D., & Rodin, J. (1994). The dieting maelstrom. Is it possible and advisable to lose weight?. *American Psychologist*, 49, 781–791.

Bruch, H., (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

Bruch, H., (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.

Bulik C.M., Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical Morbidity in *Binge eating* Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 539-546.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and *binge eating*. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 293–298.

Calkins, S. D., & Hill, A., (2007). Caregiver influences on emergin emotion regulation: biological and environmental transactions in early development. In J. J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guildford Press.

Caretti, V., Craparo, G., Ragonese, N., & Schimmenti, A., (2005). Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva. *Infanzia e adolescenza*, 4 (3), 170-178.

Carrard, I., Van der Linden, M., Golay, A. (2012). Comparison of Obese and Nonobese Individuals with *Binge eating* Disorder: Delicate Boundary Between *Binge eating* Disorder and Non-Purging Bulimia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 20, 350–354.

- Carter, J.C., McFarlane, T.L., Olmsted, M.O. (2004). "Psychometric assessment of eating disorders". In Brewerton, T.D. (a cura di), *Clinical Handbook of Eating Disorders. an integrated Approach*. Marcel Dekker, NewYork-Basel, 21-46.
- Caspi, A., Moffitt, T.E. (2006), "Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience". In *Nature Reviews Neuroscience*, 7, pp. 583–590.
- Cavanna D., Delogu A. M., & Zavattini G. C., (2012). La prospettiva dell'attaccamento nei disturbi del comportamento alimentare. *Psicologia Clinica dello sviluppo*, 1, 3-36.
- Chen, E.Y., McCloskey, M.S., Michelson, S., Gordon, K.H., Coccaro, E. (2011). Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry Res.*, 185, 427-432.
- Choca, J.P., Van Denburg, E. (2004). Guida interpretativa del MCMI, Millon Clinical Multiaxial Inventory. Roma: Las.
- Colombo, G., (1996). *Manuale di psicopatologia generale*. Padova: Cleup.
- Compare, A., & Grossi, E., (2012). *Stress e disturbi da somatizzazione: Evidence- Based Practice in psicologia*. Milano: Springer.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Refining the definition of *binge eating* disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S89–S95.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1–8.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S89–S95.
- Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., Mitchell, J. E., & Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal vs subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 309–318.
- Czaja, J. M. A., Rief, W., & Hilbert (2009). Emotion regulation in binge eating children. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (4), 356-362.
- Dalle Grave R: *Binge eating* disorder: diagnosi e modelli terapeutici. *La Clinica Dietologica*, 24, 39-46, 1997.

De Giacomo, P., Renna, C., Santoni Rugiu, A. (2005), a cura di. Manuale sui Disturbi dell'Alimentazione. Anoressia, Bulimia, Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Milano: Franco Angeli, 94-97.

de Zwaan, M. (2001). *Binge eating* disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, S51–S55.

de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Swan-Kremeier, L., McGregor, T., Howell, M. L., Roerig, J. L., et al. (2004). A comparison of different methods of assessing the features of eating disorders in post-gastric bypass patients: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 12, 380–386.

de Zwaan, M., Mitchell, J.E, Seim, H.C., Specker, S.M., Pyle, R.L., Raymond, N.C., Crosby, R.B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Dis*, 15 (1), 43-52.

de Zwaan, M., Mitchell, J.E, Specker, S.M., Pyle, R.L., Mussell, M.P., & Seim, H.C. (1993). Diagnosing binge eating disorder: Level of agreement between self-report and expert-rating. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 289–295.

de Zwaan, M., Nutzinger, D. O., & Schoenbeck, G. (1993). Binge eating in overweight women. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 256-261

Devlin, M.J., Goldfein, J.A., Dobrow, I. (2003). What is this Thing Called BED? Current Status of *Binge eating* Disorder Nosology. *Int J Eat Disord* 34: S2–S18.

Di Luzio, G., (2010a). Individuazione del Sé e disturbi alimentari in adolescenza. *International Journal of Psychoanalysis and Education – IJPE*, vol. II, n° 1 (4), 26-51.

Di Luzio, G., (2010b). Disturbi alimentari psicogeni: “eclissi” del Sé ed esperienza del corpo. *International Journal of Psychoanalysis and Education – IJPE*, vol.II, n° 2 (5), 80-92.

Di Pasquale S., Ciuna A., Levi D., Ruggiero, G. M., & Invernizzi, G., (2000). Il ruolo delle emozioni nei disturbi del comportamento alimentare. *Psycomedia Telematic Review*.

Didie, E. R., & Fitzgibbon, M. (2005). *Binge eating* and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors*, 6(1), 35–41.

Dingemans, A. E., & van Furth, E. F. (2012). *Binge eating* disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 135–138.

Dingemans, A.E., Bruna, M.J., & van Furth, E.F. (2002). *Binge eating* disorder: A review. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 26, 299–307.

Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughn, J., (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J.J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

Eldregde, K., Agras, W. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 19, 73– 82.

Engel SG, Kahler KA, Lystad CM, Crosby RD, Simonich HK, Wonderlich SA, et al. Eating behavior in obese BED, obese non-BED, and non-obese control participants: A naturalistic study. *Behav Res and Ther* 2009;47: 897-900.

Fairburn, C. G., (1995). *Overcoming Binge eating*. New York: Guilford Press. Tr. it. 2013 *Come vincere le abbuffate. Un nuovo programma scientifico*. Verona: Positive Press.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Welch, S.L., & Hay, P.J. (1993). The classification of recurrent overeating: The “*binge eating disorder*” proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 155–159.

Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G., (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37, 168–174.

Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., Martinsen, E.W., Schmierer, P., Rosenvinge, J.H. (2014). Personality Disorders in Eating Disorder Not Otherwise Specified and *Binge eating Disorder*. A Meta-analysis of Comorbidity Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 2, 119-1125.

Fitzgibbon e Blackman (2000). Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: Differences in the Quality and Quantity of Binge Eating Episodes. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 27, 2, 238–243.

Fitzgibbon, M.L., & Kirschenbaum, D.S. (1991). Distressed binge eaters as a distinct subgroup among obese individuals. *Addictive Behaviors*, 15, 291–295.

Fosha, D., Siegel, D.J., Solomon, M.F. (2012), *Attraversare le emozioni*. Vol. 1: Neuroscienze e psicologia dello sviluppo. Mimesis.

Garner, D. M., (1993). *Binge eating* in anorexia nervosa. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Garner DM, Dalle Grave R., *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive press, 2002.

Goldfein JA Devlin, M.J., Kamenetz, C. (1993). Eating behaviour in *binge eating* disorder. International Journal of Eating Disorders, 14, 427-431.

Goldfein, J.A., Devlin, M.J., Kamenetz, C. (2005). Eating Disorder Examination-Questionnaire with and without instruction to assess *binge eating* in patient with *Binge eating* Disorder. Int J Eat Dis, 37, 107-111.

Goldfein, J.A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.L., Kissileff, H.R., & Devlin, M. (1993). Eating behavior in Binge Eating Disorder. International Journal of Eating Disorders, 14, 427–431.

Goldschmidt, A. B., Le Grange, D., Powers, P., Crow, S. J., Hill, L. L., Peterson, C. B., et al. (2011). Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with *binge eating* disorder. Obesity (Silver Spring).

Goodsitt, A., (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 2, 51-60.

Gormally J., Black S., Daston S., Rardin, D. (1982). The assessment of *binge eating* severity among obese persons. Addictive Behaviour, 7, 47- 55.

Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Wilson, G.T. (2001). Subtyping *binge eating* disorder. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69, 1066–1072.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (ed.), Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.

Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of *binge eating* disorder in a community sample. Comprehensive Psychiatry, 48, 124–131.

Guiducci, V., & Cavanna, D., (2009). La regolazione affettiva: un compito di sviluppo congiunto per adolescenti e genitori. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2 (1), 501-511.

Guttman, S.A. (1973), "Psychoanalysis and science: the concept of structure". In Annual of Psychoanalysis, 1, pp. 73-81.

Hadigan, C.M., Kissileff, H.R., & Walsh, B.T. (1989). Patterns of food selection during meals in women with bulimia. American Journal of Clinical Nutrition, 50, 759–766.

Hart, K.E. (1991). Obsessive-compulsiveness in obese weight-loss patients and normal weight adults. Journal of Clinical Psychology, 47, 358–360.

Hawkins, R.C.II, Clement, P.F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of *binge eating* tendencies. *Addict Behav*, 5, 219-226.

Hay, P., & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7–15.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

Hempel, C.G. (1965), *Aspects of Scientific Explanation and Other Essays in the Philosophy of Science*. The Free Press, New York, NY.

Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007;40:521-530.

Horowitz. M.J., Kernberg O.F., Weinshel E.M. (a cura di)(1993), *Psychic Structure and Psychic Change: Essays in Honor of Robert S. Wallerstein, M.D.* International Universities Press Madison, CT.

Howe M.L.; Lewis, M. (2005), The importance of dynamic systems approaches for understanding development, *Developmental Review*, 25, 3-4, 247-251.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.

Hudson, J. I., Pope, H. G., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., & Rosenthal, N. E. (1988). Bulimia in obese individuals: Relationship to normal-weight bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 176, 144–152

Jacobi, C., & de Zwaan, M. (1998, June). Models to conceptualize risk factors for eating disorders: Implications for etiology, treatment and prevention. Paper presented at the international conference “The treatment of eating disorders: Research meets clinical practice,” Stuttgart, Germany.

Jacobi , Hayward et al., (2004) Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull.* , Jan;130(1):19-65.

Johnson, C.L., Stuckey, M.K., Lewis, L.D., & Schwartz, D.M. (1982). Bulimia: A descriptive survey of 316 cases. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3–16.

Kaye, W. H., Weltzin, T. E., McKee, M., McConaha, C., Hansen, D., & Hsu, L. K. G., (1992). Laboratory assessment of feeding behavior in bulimia nervosa and healthy women: methods for developing a human-feeding laboratory. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 372-380.

- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375–406.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J. et al. (2001), “The prevalence and correlates of untreated serious mental illness”. In *Health Services Research*, 36, pp. 987-1007.
- Kissileff, H.R., Walsh, B.T., Kral, J.G., & Cassidy, S.M. (1986). Laboratory studies of eating behavior in women with bulimia. *Physiology and Behavior*, 38, 563–570.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–343.
- Kraemer, H.C. (1992). *Evaluating medical tests: Objective and quantitative guidelines*. Newbury Park: Sage.
- Kring, A.M., Sloan, D.M. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Krueger, R.F. Markon, K.E. (2006), “Understanding psychopathology. Melding behavior genetics, personality and quantitative psychology to develop an empirically based model”. In *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), pp. 113-117
- Laghi, F., Baiocco, R., Troilo, D., & Lonigro, A., (2010). *Binge eating* e stili d'identità in adolescenza. *Ricerche di Psicologia*, 4, 539-553.
- Lang, M., & Brusadelli, E., (2013). La diagnosi testologica. In F. Del Corno & M. Lang (a cura di), *Elementi di psicologia clinica* (pp. 152-176). Milano: Franco Angeli.
- Latner, J. D., Clyne, C. (2008). The diagnostic validity for the criteria for *binge eating* disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 1–14.
- Lee, Abbott et al. (1999) *Eating Disorders and Psychiatric Disorders in the First-Degree Relatives of Obese*. *Int J Eat Dis*, 99,9.
- Lo Sauro, C., Ricca, V., Batini, S., Natrella, L., Lejeune, F., Rotella, F., Valgiusti, S., Bolognesi, E., Catena, M., & Faravelli, C., (2006). Stress e disturbi alimentari psicogeni. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 12, 5-19.
- Loriedo C, Bianchi G. Perrella C: *Binge eating* disorder: aspetti clinici, nosografici e terapeutici. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Vol.8, Marzo 2002.

Marcus, M. D., Wing, R. R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., & McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 69–77.

Marcus, M.D. (1995) *Binge eating* and obesity. In Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. (Eds.), *Eating Disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York, Guilford, 441-444. Marcus, M. D., Moulton, M. M., & Greeno, C. G. (1995). *Binge eating* onset in obese patients with *binge eating* disorder. *Addictive Behaviors*, 20, 747–755.

Marcus, M. D. (1993). *Binge eating* in obesity. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 77–96) New York: Guilford Press.

Marcus MD et al. (1992). Characterization of eating disordered behaviour in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*. 12, 249- 255.

Marcus MD (1997). Adapting treatment for patients with *binge eating* disorder. In Garner DM & Garfinkel PE (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*, (pp. 484-493), New York: Guilford Press.

Marcus, M.D., Wing, R.R., & Lampariski, D.M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behavior*, 10, 163–165.

Marcus, M.D., & Wing, R.R. (1987). Binge eating among the obese. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 23–27.

Marcus, M.D., Wing, R.R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433–439.

Marucci, S., & Dalla Ragione, L., (2007). *L'anima ha bisogno di un luogo*. *Disturbi alimentari e ricerca dell'identità*. Milano: Tecniche Nuove.

Masheb, R. M., & Grilo, C. M., (2008). Examination of predictors and moderators for self-help treatments of Binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 76, 900-904.

Masheb, R. M., & Grilo, C. M., (2007). Rapid response predicts treatment outcomes in binge-eating disorder: implications for stepped care. *Journal of Consulting and Clinica Psycgology*, 75, 639-644.

Masheb, R. M., & Grilo, C. M., (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with *binge eating* disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 141-6.

McWilliams, N. (2012), "Beyond traits: Personality as intersubjective themes". In *Journal of Personality Assessment*, 96, 4, pp. 563-570

Meissner W.W. (2000), "The structural principle in psychoanalysis". In *Psychoanalysis and contemporary Thought*, 23(3), pp. 283- 331

Menninger KA, Mayman M, Pruyser PW (1963) *The Vital Balance: the Life Processes in Mental Health and Illness*. Viking Press, New York, NY.

Mitchell, J.E., Devlin, M.J., de Zwaan, M., Crow, S,J,m Peterson, C.B. (2008). *Binge-Eating Disorder. Clinical Foundations and Treatment*. New York, The Guildford Press.

Mitchell JE, Laine DC. (1985). Monitored binge-eating behavior in patients with bulimia. *Int J Eat Disord* 4:177-183.

Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED. (1981). Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. *Am J Psychiatry*;138:835-836.

Myers, L.L. and Wiman, A.M. (2014). *Binge eating Disorder: A Review of a New DSM Diagnosis*. *Research on Social Work Practice*,24: 86.

Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C (2006). Recurrent *binge eating* with and without the "undue influence of weight or shape self- evaluation": Implications for the diagnosis of *binge eating* disorder. *Behav Res Ther*, sep 27.

Nangle, D.W., Johnson, W.G., Carr-Nangle, R.E., Engler, L.B. (1994). *Binge eating* disorder and the proposed DSM-IV criteria: psychometric analysis of the Questionnaire on Eating and Wheight Patterns. *Int J Eat Dis*, 16, 147-157.

Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., & Jansen, A. (2000). A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behavior Therapy*, 31, 441–461.

Pace, V.L., Brannick, M.T. (2010), How similar are personality scales of the "same" construct? A meta-analytic investigation. In *Personality and Individual Differences*, 49, pp. 669-676.

Palvarini, P., (2013). *Anoressia e Bulimia, quali emozioni? L 'approccio dinamico esperienziale*. F rancavilla al Mare: Edizioni Psiconline.

Pearlman, E., (2005). Terror of desire: the etiology of eating disorders from an attachment theory perspective. *PsychoanalyticReview*, 92, 223-235.

Peebles, M.J. (2012). *Beginnings: The art and science of planning psychotherapy*, 2nd edition, NY, Routledge and Kegan.

- Peterson, C. B., Miller, K. B., Crow, S. J., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2005). Subtypes of *binge eating* disorder based on psychiatric history. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 273–276.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J., Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge- Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11, 2 Feb, 195-201.
- Plomin, R., Caspi, A. (1999), “Behavior genetics and personality”. In Pervin, L.A., John, O.P. (a cura di), *Handbook of Personality Research: Theory and Research*, 2nd ed.. Guilford Press, New York, NY, pp. 251-276.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Porcelli P. (2004). *Psychosomatic medicine and the Rorschach test*. Madrid, Psimatica.
- Prather, R.C. & Williamson, D.A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, *binge eating* and obesity. *International Journal of Eating Disorder*, 7, 177-184
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E., Dell’Osso, L. (2000). *Binge eating* disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 15, 94 (2), 131-138.
- Rapaport, D. (1960), *La struttura della teoria psicoanalitica*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1977.
- Rapaport, D. (1957), “La teoria dell’autonomia dell’Io. Linee generali”. In Rapaport, D. (a cura di), *Il modello concettuale della psicoanalisi*. Scritti 1942-1960. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1967, pp. 460-483.
- Ricca, V., Castellini, G, & Faravelli, C., (2009). *Binge eating* disorder: caratteristiche psicopatologiche. *NÓOς*, Aggiornamenti in Psichiatria, 15 (2), 119-146.
- Ricca V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zuchi, T., Cabras, P.L., Rotella, C.M. (2000). Screening for *binge eating* disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 111-115.
- Rosen, J.C., Leitenberg, H., Gross, J., & Willmuth, M. (1985). Standardized test meals in the assessment of bulimia nervosa. *Association for the Advancement of Behavior Therapy: Bulimia*. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 7, 181–197.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F., & Bruce, B. (1992). The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 111–120.
- Rothbart, M., & Sheese, B., (2007). Temperament and emotion regulation. In J.J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., Tansella, M. (2000), "Definition and prevalence of severe and persistent mental illness". In *British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 149-155.
- Rutter, M., Moffitt, T. E., Caspi, A. (2006), "Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects". In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, pp. 226-261.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L. (2006). *Personality Disorders and Eating Disorders. Exploring the frontier.* New York: Routledge.
- Schreiber-Gregory et al., (2013) Examining duration of binge eating episodes in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 99,9.
- Schafer, R. (1976), *A New Language for Psychoanalysis.* New Haven, CT: Yale University Press.
- Schore, A., (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Selvini Palazzoli, M., (1984). *L'anoressia mentale: dalla terapia individuale alla terapia familiare.* Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M., (1981). *Anoressia Mentale, II edizione.* Milano: Feltrinelli.
- Shapiro, T. (1991) (a cura di), *The Concept of Structure in Psychoanalysis.* International Universities Press, Madison, CT.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Kellman, H.D., Doidge, N., Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord*, 14(4), 403-416.
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760–77.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R.R., Marcus, M.D., Stunkard, A.J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). *Binge eating disorder: A multisite field trial for the diagnostic criteria.* *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.
- Spitzer, R.L., Yanovsky, Marcus, M.D., (1994). *Binge Eating Clinical Interview (HaPI Record),* Pittsburgh.
- Spitzer, R.L., Stunkard, A.J., Yanovski, S.Z., Marcus, M.D., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J., & Hasin, D. (1993). *Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The 'binge eating disorder' proposal."* *International Journal of Eating Disorders*, 13, 161–169.

Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., & Hasin, D. (1993). *Binge eating* disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137–153.

Spitzer, R.L., Delvin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.

Stanghellini, G., Rossi Monti, M. (2009), *Psicologia del patologico. Fondamenti di psicologia clinica e dinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Diunchis, J. Z., Arnow, B. A., & Wilfley, D. E., (2007). What's driving the binge in binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 195-203.

Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Diunchis, J. Z., Arnow, B. A., & Wilfley, D. E., (2007). What's driving the binge in binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 195-203.

Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D., (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131-138.

Stice, E., Agras, W.S., Telch, C.F., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., & Wilson, T. (2001). Subtyping *binge eating*-disordered women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 11–27.

Stice, E., Akutagawa, D., Gaggan, A., & Agras, W. S., (2000). Negative affect moderates the relation between dieting and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 218-229.

Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2000a). Recurrent binge eating in black American women. *Archives of Family Medicine*, 9, 83–87.

Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A., & Brownell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27–37.

Striegel-Moore, R. H., & Franco, D. L. (2008). Should *binge eating* disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 305–324.

Stunkard, A.J., & Allison, K.C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: *Binge eating* and night eating. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 1–12.

- Stunkard, A., Berkowitz, R., Tanrikut, C., Reiss, E., & Young, L. (1996). d-fenfluramine treatment of *binge eating* disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1455–1459.
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284–295.
- Sweet, A.D. (2011), “Elements of psychotherapeutic assessment and treatment with structured and under-structured personalities”. In *British Journal of Psychotherapy*, 27(1), pp. 4-18.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D.A. (1997). Disorders of affect regulation. A lexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University. (Tr.it. I disturbi della regolazione affettiva. L’Alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Roma: Fioriti, 2000).
- Telch, F., & Agras, W. S., (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese?. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271-279.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Rossiter, E. M. (1988). *Binge eating* increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 115–119.
- Tanofsky-Kraff, M., Goossens, L., Eddy, K. T., Ringham, R., Goldschmidt, A., Yanovski, S. Z., Braet, C., Marcus, M. D.; Wilfley, D. E., O lsen, C., & Yanovski, J. A., (2007). A multisite investigation of *binge eating* behaviors in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 901-913.
- Tanofsky-Kraff, M., Murcus, D. M., Yanovsky, S. Z., & Yanovsky, J. A., (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating Behaviors*, 9 (3), 360-365.
- Trimboli, F., Farr, K. (2000), “Psychodynamic Guide for Essential Treatment Planning”. In *Psychoanalytic Psychology*, 17, pp. 336-359.
- Tronci, A., (2008). Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata. *Psicoterapeuti in Formazione*, 2, 35-59.
- Varela F., Thompson E., Rosch E. (1991), *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience* (trad. It. *La via di mezzo della conoscenza*, Milano, Feltrinelli, 1992).
- Van Strien T, Schippers GM, Cox WM. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addict Behav.* 20:585–94.
- Villarejo, C., Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Penas Lledo, E., Granero, R., Penelo, E., et al. (2012). Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review*. DOI: 10.1002/erv.2166

Vinai, P., (2007). Viaggio nella mente di un abbuffatore. Costrutti cognitivi e modelli interpretativi. In P. Vinai & P. Todisco (a cura di), Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia cognitiva del *binge eating disorder*. (pp. 31-45). Milano: Raffaello Cortina.

Vinai, P., Cardetti, S., Carpegna, G., Ferrato, N., Vallauri, P., Todisco, P., & Tugnoli, E., (2010). Patogenesi dei disturbi da alimentazione incontrollata: perdita di controllo, impulsività e intolleranza alle emozioni. In S. Sassaroli & G. M. Ruggiero (a cura di), I disturbi alimentari (pp. 78-94). Roma -Bari: Laterza Editori.

Vinai, P., & Todisco, P., (2007a). Abbuffatori si nasce o si diventa? Influenza dei fattori di rischio sulla patologia e sull'intervento terapeutico. In P. Vinai & P. Todisco (a cura di), Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia cognitiva del *Binge eating Disorder* (pp. 17-29). Milano: Raffaello Cortina.

Vinai, P., & Todisco, P., (2007b). Binge eater: "chi era costui?". Caratteristiche cliniche e criteri diagnostici. In P. Vinai & P. Todisco (a cura di), Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia cognitiva del *binge eating disorder* (pp. 1-7). Milano: Raffaello Cortina.

Vitousek, K., Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa [special issue: Personality and Psychopathology]. *J Abnorm Psychology*, 103 (1), 137-147.

Wegner, K.E., Smyth, J.M., Crosby, R.D., Wittrock, D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E. (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *Int J Eat Disord*, 32:352-361.

Weltzin, T.E., Hsu, L.G., Pollice, C., & Kaye, W.H. (1991). Feeding patterns in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 30, 1093-1110.

Weinstein, MC; Fineberg HV, Elstein AS et al., (1980). *Clinical decision analysis*, Philadelphia, PA, WB Saunders.

Westen, D., Gabbard, G., Blagov, P. (2006), "Ritorno al futuro. La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia". Tr. it. in Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M., (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors*, 8 (2), 162-169.

Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of *binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.

Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research & Therapy*, 35, 1151–1159.

Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of *binge eating* disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S96–S106.

Wilson, G. T., Nonas, C. A., & Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of *binge eating* in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25–33.

Wiser, S., & Telch, C. F., (1999). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 755–768.

Wonderlich, S.A., de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Peterson, C., Crow, S. (2003). Psychological and dietary treatments of *binge eating* disorder: conceptual implications. *Int J Eat Dis*, 34, S58-S73.

Woodside, Garfinkel P, Lin E, Kaplan A, Goldbloom D, Kennedy S (2001). Comparison of men with full and partial eating disorder, men without eating disorder and women with eating disorder in the community,

Yanovski, S. Z. (1995). The chicken or the egg: *Binge eating* disorder and dietary restraint. *Appetite*, 24, 258.

Yanovski, S. Z., & Sebring, N. G. (1994). Recorded food intake of obese women with *binge eating* disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135–150.

Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L. (1993). Association of *binge eating* disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472–1479.

Yanovski, S. Z., Leet, M., Flood, M., Yanovski, J. A., Gold, P. W., Kissileff, H. R., et al. (1992). Food intake and selection of obese women with and without *binge eating* disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975–980.

Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, A., Marcus, M., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J., & Hasin, D. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV. A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal." *International Journal of Eating Disorders*, 13, 161-169

Zoppi, A., (2012). BED: Emotional Eating, Risposte allo Stress o Soluzioni di Personalità?. *State of Mind, Il Giornale delle Scienze Psicologiche*.

Zubin, J. (1961), *Fields studies in the mental disorders*, Grune & Stratton, NY.



# GRAZIE

**CARA TUTOR**, per l'aiuto, l'affetto, e soprattutto per avermi insegnato davvero tanto in questi quattro anni passati insieme, sui pazienti, la clinica, la vita.

**CARO PROF. DEL CORNO**, per i preziosi consigli e per la grande disponibilità.

**DOTT.SA MONACO**, e grazie anche alle **PAZIENTI** del Servizio di Psicologia Clinica nonché all'**A.O.** a cui sono tanto affezionata, per aver permesso la realizzazione del progetto.

**CARA ALESSANDRA**, La Zia, per l'affetto, il sostegno, la competenza e la memoria, nonché a voi **ALESSIA E SAMANTHA** per l'aiuto, e a tutte le tirocinanti del reparto.



**A VOI CARI SALVATORE e GIANLUCA**, per avermi messo a disposizione i dati dei vostri pazienti. Spero in una proficua collaborazione futura.

**DOTT.SA DI CARLO**, per avermi dato il tempo di finire questo lavoro.

**CARO LUCIANO**, per l'entusiasmo, l'aiuto, e la capacità di unire sempre l'utile al dilettevole.

**LAURA PAROLIN**, per avermi insegnato quello che so' sui test.

**PROF. ROSSI**, per la grande disponibilità.

**CARO PIERO PORCELLI**, per avermi costretto a pensare ai miei dati di ricerca.

**GRAZIE CARI MAMMA E PAPA'**, perché credete in me.  
Sempre presenti, premurosi, e pronti a sostenermi a ogni  
passo.



**CARO NONNO**, perché sei davvero unico e speciale.



**GRAZIE A TE**, che ci sei stato e ci sei più che mai. 😊

Alle mie **CARE NONNE**.

**PICCOLA GIULIA**, per aver sopportato tutte le volte in cui ti ho detto che dovevo lavorare.

**A VOI, AMICI DA UNA VITA.** Siete davvero una famiglia acquisita per me. Grazie per le risate, i divertimenti, il sostegno e la sopportazione.



Compresi gli assenti della foto ☺

**A VOI AMICHE MIE,** perché vi preoccupate sempre per me.



**A VOI CARI AMICI/COLLEGGHI,** per il supporto costante, anche da lontano.



Compresi gli assenti della foto ☺

**A VOI AMICI,** perché, per usare una citazione, “Non perdo mai il sonno x i miei nemici, sono gli amici a tenermi sveglia”



Compresi gli assenti della foto ☺

E, infine, **grazie a me,** per non essermi arresa.

Corri

Non fermarti

Non smettere mai

BYB.

Sempre

