

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO-BICOCCA**

**Facoltà di Scienze della Formazione e della Comunicazione**

**Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "R. Massa"**



Scuola di Dottorato in Scienze Umane, XXV ciclo

Curriculum "Benessere della persona, salute e comunicazione  
interculturale"

**"Binge Eating e Disregolazione Emozionale in  
pazienti in dietoterapia"**

Coordinatore: Ch.ma Prof.ssa Laura FORMENTI

Tutor: Ch.mo Prof. Giorgio REZZONICO

Tesi di Dottorato di

Veronica PONISSI

Il lavoro è stato lungo, duro e turbolento, pieno di sfide ma, soprattutto, di occasioni di crescita e...finalmente “vede la luce”.

Ritengo doveroso ringraziare tutti coloro che hanno contribuito a far sì che tutto questo potesse accadere...

Ringrazio il Prof. Giorgio Rezzonico e la Professoressa Maria Grazia Strepparava che mi hanno dato la possibilità di lavorare al loro fianco e imparare da loro. Grazie per avermi fornito un indispensabile supporto scientifico e di avermi sostenuto e supportato.

Ringrazio il Professor Alberto Battezzati, direttore scientifico e sanitario del Centro ICANS e la Dottoressa Simona Bertoli, responsabile del poliambulatorio del Centro ICANS, per aver “aperto le porte” a questo progetto di ricerca. Grazie di aver permesso che la mia idea diventasse realtà, di aver creduto nella sua utilità e di avermi dato la possibilità di poter collaborare con voi, con lo staff del Centro e con i pazienti.

Un doveroso ringraziamento va a tutto lo Staff del Centro ICANS, in particolare a: Laila Vignati, Elena Rodeschini, Valentina Beggio, Angela Spadafranca, Maria Cazzulani, Lidia Lewandowski, Diana Osio, Valentina Giustizieri, Silvia Filippini, Anna Pirovano, Ramona De Amicis e Maria Giovanna Croce, per avermi permesso, attraverso il loro lavoro, di avere i fondamentali dati su cui ho potuto svolgere la mia ricerca ma, anche, per essere state delle insostituibili compagne di viaggio. Lavorare con voi continua ad essere stimolante come il primo giorno e mi ha permesso di crescere professionalmente e umanamente.

Ringrazio in modo speciale Alessandro Leone, grazie al quale i miei database hanno potuto prendere vita ma, soprattutto, con il quale ho condiviso irripetibili momenti di “paranoia” da ricerca e di amore e odio per questa splendida branca della scienza.

Ringrazio il dott. Alessandro Pepe; senza il suo prezioso aiuto sull’analisi dei dati non ce l’avrei fatta.

Un ringraziamento particolare a Deborah, per i caffè, gli sfoghi e i consigli...e per molto altro...

Ringrazio la mia famiglia, in special modo i “nonni” tutti, che mi hanno permesso di poter essere una mamma lavoratrice e dottoranda.

Ringrazio Alessia, Luca e Maddalena per esserci sempre stati.

Ringrazio Matteo per essere il mio compagno, il mio sostegno. Il viaggio che abbiamo intrapreso insieme è una di quelle cose che mi hanno permesso di essere ciò che sono e di fare ciò che ho fatto, fino ad ora, nella mia vita. Anche in questo progetto sei stato insostituibile; con la tua disponibilità, la tua “programmazione” ma anche il tuo incondizionato sostegno e appoggio. Grazie per ogni volta che ci arrabbiamo l’un con l’altro e per tutte le volte che, superando tutto insieme, troviamo il modo di ridere.

E l’ultimo ringraziamento va a Beatrice...anche se proprio quando ero nel pieno della scrittura di questa tesi hai deciso di non addormentarti più con il tuo papà (momento della giornata che avrebbe dovuto vedere la massima crescita del lavoro di scrittura)... mi hai fatto scoprire di avere una forza e una determinazione che non credevo potessero appartenermi. Diventare la tua mamma mi ha permesso di andare avanti, di crescere ancora; e poter “crescere” insieme a te è un’esperienza meravigliosa.

## Indice

1	Introduzione.....	5
1.1	Obesità e sovrappeso: definizione e dati epidemiologici.....	7
1.2	Fattori psicologici e sovrappeso/obesità: il Binge Eating.....	10
2	Le emozioni e la regolazione emotiva.....	13
2.1	Il Modello Modale delle emozioni.....	14
2.2	La regolazione delle emozioni: il processo e le strategie.....	15
3	Modello di spiegazione del Binge Eating.....	20
3.1	Il Modello della Regolazione degli Affetti – Affect Regulation Model.....	20
3.2	Il Modello della Restrizione Cognitiva – Restraint Theory.....	23
3.3	La Teoria della Fuga – Escape Theory.....	24
3.4	La Teoria dell’Aspettativa – Expectancy Theory.....	28
3.5	La Teoria del Compromesso – Trade-off Theory.....	28
3.6	La Teoria del Mascheramento.....	29
4	La regolazione delle emozioni e la psicopatologia.....	30
4.1	La disregolazione emotiva e i Disturbi del Comportamento Alimentare.....	32
4.2	Il Binge Eating e la disregolazione emotiva.....	33
5	Il Modello Cognitivo-Costruttivista.....	38
5.1	La costruzione di significato.....	38
5.1.1	L’Organizzazione di Personalità da Disturbi Alimentari Psicogeni – DAPs.....	40
5.1.2	L’Organizzazione di Personalità Ossessiva.....	43
5.1.3	L’Organizzazione di Personalità Fobica.....	45
5.1.4	L’Organizzazione di Personalità Depressiva.....	48
5.2	I Disturbi del Comportamento Alimentare in un’ottica Cognitivo-Costruttivista.....	50
6	La Ricerca.....	53
6.1	Scopo della Ricerca.....	53
6.2	Metodo.....	54
6.2.1	Procedura e Soggetti.....	54

6.2.2 Materiali.....	55
6.2.3 Disegno di Ricerca.....	69
6.3 Risultati.....	71
6.3.1 Binge Eating, sintomi ansiosi, sintomi depressivi e disregolazione emotiva....	74
6.3.2 Binge Eating e aspetti specifici della disregolazione emotiva.....	76
6.4 Discussione.....	78
6.5 Conclusioni.....	83
Bibliografia.....	86
Appendice A.....	93
Appendice B.....	101

## 1. INTRODUZIONE

Nelle ultime decadi sempre maggiore attenzione è stata data al tema dell'obesità e del sovrappeso. Si sta, infatti, assistendo ad un aumento sempre più eclatante di tali condizioni, tanto da portare l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a definire il problema in termini di epidemia globale, coniando il neologismo "Globesity".

L'obesità e il sovrappeso si delineano, quindi, come uno dei più gravi problemi di salute pubblica. Il loro consistente impatto sociale deriva dal fatto che l'obesità, e le patologie ad essa correlate, possono comportare una riduzione quantitativa e uno scadimento qualitativo della vita, oltre a costi sanitari e sociali, diretti e indiretti, estremamente elevati. Da stime effettuate negli Stati Uniti, si è calcolato che negli obesi i costi dei servizi sanitari e farmaceutici sono più alti, rispettivamente, del 36% e del 77% rispetto ai normopeso (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche – S.I.C.OB, 2008). In uno studio del 2004 si è calcolato che ad ogni unità in più di BMI corrisponde un incremento del 2,3% del costo sanitario totale (ibidem). L'Istituto Auxologico Italiano, il Centro Studi e Ricerca sull'Obesità dell'Università di Milano e il Ministero della Salute, nel 2003, hanno stimato che i costi sanitari annui dell'obesità erano valutabili intorno ai 23 miliardi di euro, di cui 11 a carico del Sistema Sanitario Nazionale. I costi indiretti (legati a morti premature, riduzione della produttività lavorativa, assenza dal lavoro, sussidi pensionistici, disoccupazione, ecc) erano circa il triplo, valutabili nell'ordine di 65 miliardi di euro (ibidem). Nel 7° rapporto sull'obesità in Italia dell'Istituto Auxologico Italiano (2011) viene riportato che le malattie croniche legate all'obesità causano circa il 60% di tutte le morti ogni anno e rappresentano il 45,9% di tutti i problemi di salute pubblica nel mondo. In Europa l'obesità e il sovrappeso sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo II, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35% dei casi di cardiopatia ischemica; traducendosi in 1 milione di morti l'anno e 12 milioni di malati all'anno (Società Italiana dell'Obesità – S.I.O., 2013).

Tutto ciò ha portato ad una crescente attenzione, sia in campo clinico che in quello della ricerca, su tali temi. Sempre maggiori, infatti, sono le ricerche che, in un'ottica multidisciplinare, si occupano, da un lato, di comprendere i meccanismi eziopatogenetici legati all'obesità, le comorbidità, le ricadute sulla salute generale dei soggetti, ecc. e, dall'altro, di validare metodi di prevenzione e protocolli di cura efficaci, che abbiano un impatto sul lungo termine. Da questi

sforzi derivano anche le numerose linee guida che vengono prodotte nei diversi Stati al fine di affrontare, e arginare, al meglio il problema (ad es.: in America: 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults; [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20660/supinfo](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20660/supinfo), in Gran Bretagna: Obesity: Guidance on the prevention of overweight and obesity in adults and children; [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk), in Italia: Standard italiani per la cura dell'obesità 2012-2013 – Società Italiana dell'Obesità; [www.sio.obesità.org](http://www.sio.obesità.org)).

È ormai noto che la patogenesi dell'obesità sia multifattoriale e sia legata ad un'interazione circolare, che si esplica nel corso della vita, di fattori predisponenti genetici, fattori ambientali di tipo familiare, lavorativo, micro e macro-sociali, abitudini alimentari scorrette che, in parte, sono inquadrabili all'interno di un quadro di disturbo dell'alimentazione, ridotto dispendio energetico, alterazioni metaboliche, patologiche cardiovascolari e osteoarticolari, disturbi dell'umore e di personalità.

Una forte influenza sull'aumento del sovrappeso e dell'obesità è sicuramente dovuta alle modifiche dello stile di vita, in particolare alla sedentarietà e alla diminuzione dell'attività fisica a cui si aggiunge un'aumentata e/o squilibrata introduzione calorica. In questo, un grande ruolo è giocato da fattori sociali legati alla cultura che, oltre a definire e regolare il contesto per l'alimentazione e l'attività, assegna un significato morale e sociale al peso corporeo. Il sistema alimentare delle culture industrializzate offre un'ampia disponibilità di cibo ad elevato contenuto energetico favorendo l'aumento di peso. In un contesto di questo tipo la magrezza ha assunto un valore sempre più crescente come ideale culturale ed estetico, mentre il sovrappeso è divenuto oggetto di rifiuto e l'obesità addirittura stigmatizzata in quanto fonte di problemi di salute gravi e accompagnata da atteggiamenti discriminatori (Bianco, Canestri e Reda, 2005).

Ciò che emerge in modo chiaro è la necessità di affrontare il problema del sovrappeso e dell'obesità attraverso un approccio bio-psico-sociale, che riconosca l'importanza di ciascun fattore patogenetico e di mantenimento, e che miri a lavorare, attraverso una serie di misure di intervento, su ognuno di essi, pena la scarsità di successo nel mantenimento a lungo termine degli eventuali risultati ottenuti.

A partire da tali considerazioni nasce il presente lavoro di ricerca, muovendo i suoi passi dalla volontà di ampliare, in un'ottica psicologica, la comprensione del fenomeno del sovrappeso e

dell'obesità, soprattutto degli aspetti psicologici in essi coinvolti, al fine di poter costruire metodi di intervento psicologici che contribuiscano a mantenere, sul lungo termine, i risultati ottenuti attraverso gli interventi dietoterapici. A ciò si aggiunge la possibilità di avere dati che portino alla creazione di protocolli di intervento psicoterapici, rivolti ai disturbi del comportamento alimentare, basati su evidenze scientifiche e, quindi, maggiormente efficaci.

### **1.1 Obesità e sovrappeso: definizione e dati epidemiologici**

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'obesità è una condizione caratterizzata da eccessivo peso corporeo dovuto ad un accumulo di tessuto adiposo, in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute. Viene definita come una condizione cronica, ad elevata prevalenza, ad eziologia multifattoriale e che si accompagna ad un aumentato rischio di morbilità e mortalità.

In accordo con i parametri stabiliti dalle Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults—The Evidence Report prodotte dal National Institutes of Health nel 1998 ([www.nhlbi.nih.gov](http://www.nhlbi.nih.gov)) il sovrappeso è definito da un BMI (Body Mass Index) compreso tra i 25 Kg/m<sup>2</sup> e 29.9 Kg/m<sup>2</sup> e l'obesità da un BMI pari o superiore ai 30 Kg/m<sup>2</sup>. Il BMI è un indice pondero-staturale calcolato dividendo il peso corporeo (in kg) per il quadrato della statura (in metri).

Il sottopeso viene definito da un BMI inferiore a 18,5 (suddividendosi in: grave magrezza – BMI <16 – magrezza moderata – BMI compreso tra 16 e 16,9 – e magrezza lieve - BMI compreso tra 17 e 18,49) , il normopeso è definito da un BMI compreso tra 18,5 e 24,9, il sovrappeso è definito da un BMI compreso tra 25 e 29,9, l'obesità di I° è definita da un BMI compreso tra 30 e 34,9, l'obesità di II° è definita da un BMI compreso tra 35 e 39,9, l'obesità di III° grado è definita da un BMI pari o maggiore di 40.

<b>SOTTOPESO</b>	GRAVE MAGREZZA	BMI <16
	MAGREZZA MODERATA	BMI ≥ 16 - ≤ 16,9
	MAGREZZA LIEVE	BMI ≥ 17 - ≤ 18,49
<b>NORMOPESO</b>		BMI ≥ 18,5 - ≤ 24,9
<b>SOVRAPPESO</b>		BMI ≥ 25 - ≤ 29,9
<b>OBESITÀ</b>	I GRADO	BMI ≥ 30 - ≤ 34,9
	II GRADO	BMI ≥ 35 - ≤ 39,9,
	III GRADO	BMI ≥ 40

Il BMI, benchè non sia un indice preciso sul singolo soggetto, è un indice adatto a definire lo stato nutrizionale in studi osservazionali su grandi campioni dato che ben si associa alla curva relativa all'indice di rischio di mortalità, soprattutto rispetto al rischio legato alle patologie cardiovascolari.

Nella pratica clinica, infatti, la diagnosi di obesità non viene posta basandosi esclusivamente su indici staturponderali. Un elevato BMI può essere la conseguenza di altre condizioni come, ad esempio, un'ipertrofia muscolare derivante da un'elevata attività fisica o da caratteristiche antropologiche legate all'etnia.

Diventa, quindi, necessario prendere in considerazione la composizione corporea del soggetto, valutando la percentuale di massa magra e di massa grassa, solitamente stimata attraverso l'antroplicometria o la bioimpedenziometria (BIA). L'antroplicometria è un metodo di misurazione diretto usato per la valutazione dello stato nutrizionale. Oltre alla rilevazione del peso e dell'altezza del soggetto, vengono misurate: le circonferenze corporee, che esprimono le dimensioni trasversali dei vari segmenti corporei e le pliche cutanee, che permettono di stimare la quantità di grasso corporeo attraverso la misurazione della resistenza offerta dallo strato sottocutaneo ad una pressione costante, applicata tramite un plicometro.

Per quanto riguarda la misura delle circonferenze lo stato nutrizionale viene valutato attraverso la circonferenza del braccio; la distribuzione del grasso corporeo attraverso la circonferenza della vita e dei fianchi; la crescita in età evolutiva attraverso la circonferenza del cranio. Valori di circonferenza vita superiori a 102 cm negli uomini e 88 cm nelle donne sono considerati valori soglia oltre i quali si configura un aumento di rischio per le malattie cardiovascolari.



Nella misurazione delle pliche cutanee vengono considerate maggiormente rappresentative la misurazione della plica bicipitale, della plica tricipitale, della plica sovrailiaca e della plica sottoscapolare. La somma di tutti gli spessori esprime il grasso corporeo totale, assumendo che il grasso sottocutaneo ne rappresenti una frazione costante. Il valore di riferimento per la massa grassa negli uomini è pari al 15-18% e al 23-25% nelle donne.

A livello mondiale l'obesità è quasi raddoppiata dal 1980. Nel 2008, il 35% degli adulti (1.4 miliardi) dai 20 anni in su erano in sovrappeso. Di questi, oltre 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne erano obese (11%). Nel 2012, più di 40 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni era in sovrappeso o obeso. (Fact sheet N°311; Updated August 2014, World Health Organization).

Nel documento *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the strategies for response* (2007) emergeva che il 30%-80% degli adulti delle nazioni facenti parte dello WHO European Region erano affette da sovrappeso. Circa il 20% dei bambini e degli adolescenti erano in sovrappeso e 1/3 di questi erano obesi (WHO, 2007)

La Società Italiana dell'Obesità-SIO ha stimato che, nel 2010, 5.000.000 di italiani erano obesi e 15.000.000 in sovrappeso (S.I.O., 2010). L'andamento del fenomeno è in preoccupante aumento anche in Italia; dal 1994 al 2008 il numero di soggetti obesi è cresciuto del 25% (Società Italia di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche – S.I.C.OB, 2008). Il VI Rapporto dell'Istituto Auxologico Italiano sull'obesità del 2007 indicava che, in soli 4 anni, la popolazione dei soggetti in sovrappeso era aumentata di circa 6.000.000 di unità

Nel suo documento di sintesi sui dati relativi all'obesità in Italia dal 2000 al 2010 la Società Italia dell'Obesità (S.I.O., 2010) segnalava che 1.138.000 bambini, di età compresa tra i 6 e gli 11 anni, soffrivano di un eccesso di peso; 328.000 di questi erano obesi. In particolare, il sistema di monitoraggio, volto alla raccolta di dati antropometrici e sugli stili di vita dei bambini della terza classe primaria (8-9 anni di età), "Okkio alla Salute", del Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute ha riportato che il 22,9% dei bambini in questa fascia di età è in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità - dati relativi all'anno 2010 ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it))

L'obesità aumenta il rischio di morbidità di ipertensione, dislipidemia, diabete mellito tipo 2, malattie coronariche (CHD), ictus, malattie della colecisti, osteoartrosi, apnea del sonno e

problemi respiratori, e alcuni tipi di cancro. L'obesità è anche associata ad un aumento del rischio per tutte le cause e le malattie cardiovascolari (CVD) di mortalità.

A ciò si associa il fatto che l'obesità è un fattore di rischio di disabilità indipendente dall'età, dal livello di attività fisica e da patologie croniche e numerosi studi hanno dimostrato che la probabilità di rimanere in salute si riduce con l'aumentare del BMI (Donini e coll., 2010).

In Europa il sovrappeso e l'obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo 2, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35 % di casi di cardiopatia ischemica; tutto ciò si traduce in 1 milione di morti l'anno e 12 milioni di malati all'anno. La raccomandazione di ridurre il peso corporeo quando elevato è quindi cogente ed è, in ultima analisi, fondata sull'evidenza della relazione che lega l'obesità a una minore aspettativa di vita (S.I.O.; 2012-13).

## **1.2 Fattori psicologici e sovrappeso/obesità: il binge eating**

Nella letteratura psichiatrica e psicologia il fenomeno delle abbuffate è noto già dagli inizi del secolo scorso. Nel 1932 Wulff, psicoanalista russo di prima generazione, in un saggio descrisse il comportamento di un certo numero di pazienti di sesso femminile che alternavano periodi di sovralimentazione a periodi di digiuno (Cooper e Fairburn, 2003).

Il comportamento di Binge Eating - o Alimentazione Incontrollata - è definito dal mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente più elevata di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo, in circostanze simili a cui si associa senso di perdita di controllo sull'atto di mangiare, per esempio: sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando (American Psychiatric Association, 2014). Tale comportamento è un criterio fondamentale per la diagnosi del Disturbo da Alimentazione Incontrollata – DAI, della Bulimia Nervosa – BN, del sottotipo di Anoressia Nervosa con Abbuffate e Condotte di eliminazione – AN – e dei Disturbi delle Nutrizione e dell'Alimentazione Altrimenti Specificati (ibidem).

Si tratta di un comportamento alimentare significativamente connesso ad un sovraccarico di apporto energetico e a scelte alimentari che prediligono il ricorso a cibi ipercalorici configurandosi, possibilmente, come una delle principali modalità attraverso cui guadagnare peso e,

conseguentemente, sviluppare obesità (Yanovski & Sebring, 1994; Raymond e coll., 2007). A ciò si associa la possibilità di incrementare il rischio di insulino-resistenza, diabete del tipo II, ipertensione, disturbi cardiaci cronici e altre patologie croniche (Bulik et al., 2002; Hasler et al., 2004; Telch, Agras, & Rossiter, 1988; Yanovski et al., 1993).

L'intervento dietetico, attraverso l'utilizzo di regimi dietetici ipocalorici, è il primo metodo non invasivo per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità. Numerosi studi hanno, però, evidenziato che gli effetti a lungo termine di tale intervento sono spesso fallimentari: circa il 70-75% dei soggetti che si sottopongono ad un trattamento dietetico fallisce nel mantenere la perdita di peso nel lungo periodo, riguadagnandolo prima di 1 anno dalla fine del trattamento (McGuire, Wing & Hill, 1999; Wing & Phelan, 2005).

Uno dei motivi che si configura come fattore di rischio per il recupero del peso perso è proprio la presenza di comportamenti di Binge Eating – BE (Elfhag & Rossner, 2005; Presnell e coll., 2008, Keranen e coll., 2009). Numerosi studi in letteratura hanno, inoltre, mostrato che i soggetti che si abbuffano tendono ad abbandonare i trattamenti dietetici con maggiore probabilità rispetto ai soggetti che non lo fanno (Marcus, Wing & Hopkins, 1988; De Zwaan, Nutzinger & Schoenbeck, 1992; Sherwood e coll., 1999; Tseng e coll., 2002; Teixeira e coll., 2004; Moroshko, Brennan & O'Brien, 2011).

Su un campione italiano, Marchesini e coll. (2004) hanno indagato la possibile relazione tra andamento ciclico del peso (ovvero il ripetuto perdere e riprendere peso, anche noto come sindrome dello yo-yo ) e il BE. Su un campione totale di 1889 soggetti obesi richiedenti trattamento dietoterapico (78% donne) di età compresa tra i 20 e i 65 anni, è emerso che un alto livello di BE, misurato attraverso la Binge Eating Scale – BES (aggiustati i punteggi per età, sesso e BMI) fosse l'unico indicatore di disagio psichiatrico in grado di predire un elevato numero annuale di cicli del peso, nonché una massiccia perdita di peso con conseguente riacquisto del peso perso.

Nei soggetti che presentano comportamenti di BE vi è anche una maggior rischio di compresenza di disagio psicopatologico legato, principalmente, a sintomi di ansia e depressione (Marcus e coll., 1990; Bulik, Sullivan & Kendler, 2002) che si configurano come ulteriori fattori di rischio rispetto al fallimento del trattamento dietetico e si associano ad un maggior recupero del peso perso (Pagoto e coll., 2007)

Goossens e coll. (2009) hanno indagato il ruolo che l'ansia, la depressione ed l'emotional eating (ricorso al cibo come meccanismo di coping attraverso cui regolare e ridurre le emozioni negative) possono avere sulla perdita di controllo sul cibo (Loss of Control – LC) in un gruppo di bambini e adolescenti in sovrappeso. Il campione totale era composto da 188 soggetti; 75 maschi e 113 femmine, di età compresa fra gli 8 e i 18 anni ( $M=13,76$ ,  $DS=2,33$ ). Di questi, 115 soggetti avevano richiesto un trattamento dietoterapico; gli altri 73, invece, non seguivano, né avevano richiesto alcun trattamento. Lo studio ha dimostrato che la presenza di LC era significativamente maggiore nei ragazzi richiedenti trattamenti dietoterapici ( $\chi^2= 7,71$ ;  $p= .01$ ) con una prevalenza doppia rispetto ai ragazzi che non lo richiedevano (non richiedenti= 20,55%, richiedenti= 40%). La perdita di controllo sul cibo – LC, inoltre, era significativamente associata ad alti livelli di sintomi ansiosi (misurati attraverso la somministrazione della Spence Children's Anxiety Scale - SCAS). L'emotional eating risultava in parte spiegato da sintomi ansiosi e sintomi depressivi (misurati attraverso il Children's Depression Inventory – CDI. Usando una regressione lineare gerarchica gli autori hanno, infatti, visto che i punteggi totali della SCAS ( $t = 3.54$ ,  $p = .00.$ ), così come quelli del CDI ( $t = 3.03$ ,  $p = .00.$ ) predicevano in modo significativo i punteggi di emotional eating ottenuti attraverso la somministrazione del Dutch Eating Behaviour Questionnaire – DEBQ; child version total. Gli autori suggeriscono che, in accordo con le assunzioni del Modello Tripartito (Clark & Watson, 1991) si può ipotizzare che nei ragazzi ansiosi l'emotional eating sia un mezzo attraverso cui gestire l'iperattivazione, mentre, nei ragazzi che presentano tratti depressivi, un mezzo attraverso cui incrementare le emozioni positive. I ragazzi sovrappeso caratterizzati da sintomi ansiosi o depressivi, quindi, usavano il cibo come meccanismo di coping per gestire le emozioni negative, e soprattutto quelli ansiosi, erano vulnerabili alla perdita di controllo sul cibo.

Gli studi condotti sulla popolazione di soggetti richiedenti trattamenti dietoterapici tra l'inizio degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 hanno indicato una prevalenza di comportamenti di BE che varia in un range compreso tra il 23 e il 55% (Linde e coll., 2004). Studi più recenti hanno, però, indicato una prevalenza minore, pari al 17% - 19% (Pacanowski e coll., 2014, De Man Lapidoth , Ghaderi & Norring, 2006)

## 2. LE EMOZIONI E LA REGOLAZIONE EMOTIVA

Le emozioni sono argomento di studio da più di 150 anni e numerose teorizzazioni sono state postulate per spiegare un fenomeno così complesso.

È, però, possibile individuare due importanti filoni di pensiero su cui si è rivolta l'attenzione dei ricercatori, monopolizzando lo studio delle emozioni: le teorie dell'appraisal da un lato e quelle delle emozioni di base dall'altro.

Per le teorie che fanno riferimento al modello dell'appraisal (valutazione) le emozioni non sono fenomeni innescati automaticamente da eventi o oggetti esterni ma, piuttosto, stati intenzionali che nascono da interpretazioni significative da parte del soggetto. Il significato che il soggetto attribuisce alla situazione è, dunque, ciò che determina l'emozione che ne risulta e che la rende l'emozione che è. Tra gli autori più rappresentativi di questo approccio ci sono Arnold (1960), Lazarus e soprattutto Frijda (1986; 1988).

Il secondo approccio storicamente dominante è quello delle emozioni di base secondo cui esistono delle emozioni basilari, biologicamente determinate e innescate in modo automatico, caratterizzate da circuiti neurali specifici e specifici pattern di espressione facciale. Le emozioni sono, quindi, considerate innate, sebbene non vi sia accordo su quali siano effettivamente le emozioni di base (fatta eccezione per alcune che ricorrono in tutte le teorizzazioni di questo filone come la rabbia e la paura) e la variabilità che caratterizza la vita emotiva è il risultato di influenze sociali o culturali sull'espressione delle emozioni che inibirebbero o maschererebbero le risposte stereotipiche innate. Uno dei primi autori di riferimento di tale approccio è Tomkins (1962; 1963); più recentemente importanti contributi sono stati apportati da autori quali: Izard (1971; Izard et al., 2000), Ekman (1972; 1992) e Panksepp (1998).

Per questo lavoro di ricerca abbiamo scelto di fare riferimento al "modello modale" delle emozioni proposto da Gross (1998a, 1998b) essendo questo il più utile per compiere un'analisi e, quindi, destrutturare i processi psicologici (comportamentali e cognitivi) relativi ai significati personali attribuiti da ogni individuo alle diverse situazioni che si trova ad affrontare nella vita quotidiana.

## 2.1 Il Modello Modale delle emozioni

Secondo il “modello modale” delle emozioni proposto da Gross (1998a, 1998b) le emozioni sono definite da tre caratteristiche fondamentali (Gross & Thompson, 2007):

- 1) Un'emozione insorge allorché un individuo si trova in una situazione che vive come rilevante per i suoi scopi
- 2) Le emozioni sono fenomeni multiforme che comportano cambiamenti nell'esperienza soggettiva, cambiamenti comportamentali e cambiamenti fisiologici (Mauss e coll., 2005). Le emozioni, quindi, non si limitano a farci “provare” qualcosa ma sono caratterizzate da una tendenza all'azione (Frijda, 1986), che si associa a cambiamenti automatici e neuroendocrini, che anticipano la risposta comportamentale e la seguono, spesso come conseguenza dell'attività motoria associata alla risposta emotiva
- 3) Le emozioni comportano una tendenza alla risposta che può, però, essere modulata in molti modi diversi (James, 1884).

In quest'ottica le emozioni possono essere viste come una transazione tra situazione e persona che costringe all'attenzione, ha un significato particolare e specifico per il soggetto che la sta provando e da origine ad una risposta, coordinata ma flessibile, che coinvolge più sistemi.

Ciò che innesca la valutazione (appraisal) di una situazione, che poi porterà all'esperienza emotiva, può essere sia un evento o oggetto esterno, sia un evento interno, basato su rappresentazioni mentali. Il processo di valutazione della situazione, che avviene, ad esempio, nei termini di familiarità, valenza e rilevanza soggettiva, da origine ad un tipo specifico di emozione. Il tipo di risposta emotiva generata da tale valutazione comporta cambiamenti nei sistemi di risposta esperienziali, comportamentali e neurobiologici. La risposta emotiva, quindi, spesso cambia la situazione stessa che l'ha originata.

Una rappresentazione grafica del modello può essere la seguente:



Fig. 1: Modello Modale delle emozioni (Gross & Thompson, 2007)

## 2.2 La regolazione delle emozioni: il processo e le strategie

Le emozioni possono, dunque, essere regolate attraverso processi cognitivi e comportamentali. Lo scopo della regolazione emotiva è quello di diminuire, aumentare o mantenere un'emozione. Può essere usata, anche, per alterare la coerenza tra le diverse componenti della risposta emotiva, ad esempio, inibendo l'espressione facciale, pur in presenza di una grande attivazione fisiologica ed esperienziale. Essa può essere inserita all'interno del concetto – più ampio – di "regolazione degli affetti" all'interno del quale possiamo individuare diversi costrutti (anche sovrapposti fra loro): strategie di coping, regolazione dell'umore e meccanismi di difesa psicologici (Gross & Thompson, 2007).

I processi di regolazione emotiva possono essere automatici o voluti, consci o inconsci e possono avere effetti su uno o più livelli del processo di generazione delle emozioni. Inoltre, non sono intrinsecamente "giusti" o "sbagliati". Come lo stesso Gross scriveva nel suo articolo: *Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences* "Le stesse strategie che permettono ai professionisti del settore medico di operare con successo possono anche neutralizzare l'angoscia empatica nei torturatori" (Gross, 2002).

Basandoci sul Modello modale Processuale di regolazione delle emozioni (Gross, 1998a) possiamo individuare una linea temporale nel processo di generazione delle emozioni all'interno della quale si possono individuare cinque punti chiave, ognuno dei quali può essere bersaglio di regolazione emotiva, che corrispondono ad altrettante famiglie di processi di regolazione (Fig.2)

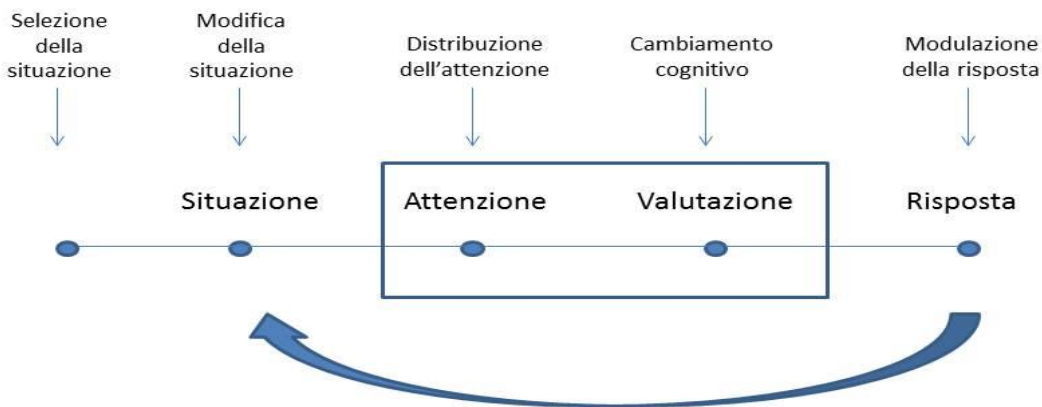


Fig. 2: Modello Modale di regolazione delle emozioni (Gross & Thompson, 2007)

Le prime quattro famiglie di processi di regolazione delle emozioni possono essere considerate *antecedent-focused* dato che occorrono prima che la valutazione della situazione abbia consentito la completa attivazione di un'emozione e dei suoi correlati comportamentali e fisiologici. L'ultima è da considerarsi *response-focused*, cioè relativa a cose che possono essere fatte per regolare le emozioni dopo che queste si sono manifestate e la tendenza alla risposta è stata generata. Quest'ultima tipologia di strategie può produrre una nuova situazione, riattivando il processo (Gross & Thompson, 2007).

I processi di regolazione che rientrano nella **selezione della situazione** riguardano le azioni che massimizzano o minimizzano la possibilità di trovarsi in certe situazioni che riteniamo possano elicitare determinate emozioni. È sicuramente la famiglia di processi regolativi più lungimirante ma



non per questo la più semplice. Se da un lato non è poi così semplice fare una previsione corretta ed efficace di cosa comporterà una data situazione, dall'altro la selezione della situazione comporta un difficile compromesso tra i benefici, in termini emotivi, a breve e lungo termine. Per esempio, una persona timida può tentare, nel breve termine, di diminuire la sua ansia evitando di trovarsi in situazioni sociali ma nel lungo termine questo può portare ad un isolamento sociale.

I processi di regolazione che rientrano nella **modificazione della situazione** riguardano i tentativi di modificare direttamente la situazione, in modo da modificare l'impatto emotivo che questa avrà (in questo caso si tratta di modifiche operate sull'esterno, sull'ambiente fisico. Le modificazione dell' "ambiente interno" - ad esempio, del pensiero - fanno parte della famiglia del *cambiamento cognitivo*).

La famiglia dei processi di regolazione che riguardano la **distribuzione dell'attenzione** comprende quei meccanismi che permettono di indirizzare la nostra attenzione, in modo consapevole o meno, su particolari aspetti della situazione, al fine di influenzare le nostre emozioni. Sono tra i primi processi di regolazione che compaiono durante lo sviluppo, e possono essere considerati una forma "interna" di selezione della situazione

Le due strategie principali che fanno capo a questa famiglia sono la distrazione e la concentrazione.

La *distrazione* permette di concentrare l'attenzione su particolari aspetti della situazione o di spostarla del tutto da essa. Può comportare un cambio di messa a fuoco interno (ad es.: penso a qualcosa che mi ha fatto stare bene/provare emozioni positive) oppure esterno (ad es.: distolgo lo sguardo da qualcosa che mi evoca emozioni negative).

La *concentrazione*, invece, richiama l'attenzione sulle caratteristiche emotive di una situazione. Quando l'attenzione è ripetutamente rivolta ai sentimenti che proviamo e alle loro conseguenze, concentrandosi soprattutto sugli aspetti negativi, si parla di *ruminazione*.

Come abbiamo già detto, ciò che permette ad un'emozione di emergere come tale è l'attribuzione di significato personale che l'individuo dà ad una data situazione, anche in termini di capacità di poterla fronteggiare. I processi di regolazione emotiva che fanno capo alla famiglia del **cambiamento cognitivo** si riferiscono alla possibilità di modificare la valutazione della situazione in cui ci troviamo al fine di modificarne il significato e la valenza emotiva, o alla possibilità di

modificare il nostro punto di vista sulla situazione e/o sulla nostra capacità di gestire le esigenze che essa pone.

Tra le strategie di questa famiglia, una delle più studiate è il *reappraisal positivo*, di cui si possono differenziare almeno quattro forme: 1) *osservare la situazione da un'altra prospettiva*, 2) *cercare il lato positivo*, 3) *dare un significato positivo alla situazione*, 4) *cercare e correggere le distorsioni cognitive che influenzano la nostra percezione della realtà* (Zorzi & Bani, 2012).

L'ultima famiglia di processi di regolazione delle emozioni è quella relativa alla **modificazione della risposta**. A differenza degli altri, i processi di regolazione che fanno capo a questa famiglia vengono messi in atto allorché l'emozione è stata generata e la tendenza alla risposta è già iniziata. Si riferiscono a tentativi attivi di influenzare la risposta fisiologica, esperienziale e comportamentale. Proprio di questa categoria fa parte il ricorso al cibo per la gestione delle emozioni.

Sia gli adulti che i bambini sembrano capaci di regolare meglio le proprie emozioni quando lo fanno in modo più adattivo (Thompson, 1994). Una regolazione adattiva prevede la *modulazione* dell'esperienza emotiva piuttosto che il tentativo di eliminare del tutto certe emozioni. Tale modulazione dell'attivazione emotiva servirebbe a ridurre l'urgenza legata all'emozioni in modo da rendere maggiormente controllabile il comportamento che ne consegue. Tale concettualizzazione di regolazione emotiva enfatizza, in presenza di emozioni negative, la capacità di inibire comportamenti inadeguati o impulsivi, al fine di mettere in atto comportamenti che, invece, siano in linea con il raggiungimento dell'obiettivo (Gratz & Roemer, 2004).

La regolazione emotiva è, quindi, da considerare un costrutto multidimensionale che si basa su diverse capacità individuali. Coinvolge a) la capacità dei soggetti di essere consapevoli delle proprie emozioni e di saperle comprendere b) la capacità di accettare le proprie emozioni, (c) l'abilità di controllare le condotte impulsive e di comportarsi in accordo con i propri obiettivi e (d) la capacità di utilizzare strategie flessibili di regolazione emotiva appropriate al contesto ed alle richieste situazionali. L'assenza anche solo di una di queste componenti può indicare la presenza di difficoltà nella regolazione delle emozioni anche detta disregolazione emotiva (ibidem).

Al fine di comprendere meglio "le basi" della capacità di regolare le emozioni è importante soffermarsi su cosa siano, e che implicazioni abbiano nella possibilità di regolazione, la consapevolezza e l'accettazione delle emozioni.

Quando si parla di *consapevolezza emotiva*, infatti, non ci si riferisce al mero essere in grado di percepire un'emozione o di esprimerla (Croyle & Waltz, 2002). Ci si riferisce, piuttosto, alla capacità di riconoscere e descrivere le proprie ed altrui emozioni (Lane & Nadel, 2000), all'essere in grado di dare all'emozione una funzione comunicativa e motivazionale, di decifrarne il feedback per ottenere informazioni sull'efficacia di un comportamento in una determinata situazione (Clore e coll.,1994). Essere consapevole di quello che si sta provando è la chiave necessaria per poter individuare strategie di coping (e di regolazione emotiva) funzionali a far fronte alle proprie emozioni e alle richieste del contesto (Signinolfi, 2010).

L'*accettazione emotiva* si riferisce, invece, alla capacità di accettare di provare emozioni (siano esse vissute come negative o positive). Secondo Gratz e Roemer (2004) la capacità di accettare, come parte integrante della nostra vita, il fatto di provare emozioni negative è la premessa per lo sviluppo della conseguente capacità di mantenere il controllo sui propri comportamenti anche in presenza di emozioni negative.

L'importanza di tale abilità è confermata da un'ampia letteratura che mostra la disfunzionalità della soppressione (tentativo di negare e/o evitare il contatto con alcuni elementi dei vissuti negativi; ne fanno parte sia la soppressione dei pensieri che la soppressione delle espressioni emotive) che si configura come il versante opposto dell'accettazione (per una trattazione più esaustiva si veda il paragrafo 3.3 del capitolo: modelli di spiegazione del binge eating). L'ampio corpus di dati sperimentali forniti da John e Gross (2004) mostra come l'utilizzo della rivalutazione - *reappraisal* (strategia cognitiva di regolazione delle emozioni che fa capo alla famiglia del cambiamento cognitivo – vedi sopra) abbia maggiori benefici, sia nel breve che nel lungo termine, rispetto all'uso della soppressione emotiva.

Solo attraverso l'accettazione delle emozioni possiamo mettere in atto un serie di strategie funzionali di regolazione emotiva.

### 3 MODELLI DI SPIEGAZIONE DEL BINGE EATING

Attraverso l'analisi della letteratura abbiamo provato ad individuare e distinguere i diversi modelli che, nel corso degli anni, sono stati proposti per spiegare i comportamenti di Binge Eating; perché vengono messi in atto? Qual è la loro funzione?

Il lavoro ha presentato non poche difficoltà dato che, spesso, gli autori di ricerche sul binge eating citano contemporaneamente diversi modelli, proposti da diversi autori, come spiegazione di tali comportamenti. Siamo, quindi, partiti dalla distinzione proposta da Haedt-Matt e Keel (2012) nella loro meta-analisi, integrando poi con altri modelli di spiegazione trovati in letteratura e non presenti nel loro articolo.

Come si può evincere dalla presentazione seguente, tutti i modelli, comunque, ritengono che le emozioni abbiano un ruolo chiave nella genesi e/o nel mantenimento dei comportamenti di binge eating

#### 3.1 Il Modello della Regolazione degli Affetti – Affect Regulation Model

Il modello della regolazione degli affetti si fonda sull'idea che comportamenti maladattivi possano avere la funzione di ridurre le emozioni negative. Queste ultime innescano, quindi, comportamenti abbuffatori usati per alleviare le emozioni stesse (Hawking & Clement, 1984). Il ricorso al cibo assume la funzione di distrarre e confortare la persona rispetto all'emozione negativa che sta provando. Abbuffarsi in risposta ad emozioni negative diventerebbe, quindi, una risposta condizionata, mantenuta attraverso rinforzi negativi (Haedt-Matt & Keel, 2012)

Per verificare la validità di tale modello sono stati condotti numerosi studi che si sono focalizzati sulle due ipotesi che si possono trarre dal modello stesso:

- 1) L'aumento delle emozioni negative è un antecedente prossimale del comportamento di BE.
- 2) Il comportamento di BE è associato ad un'immediata diminuzione delle emozioni negative

La prima ipotesi è stata supportata da numerose ricerche. Alcune di esse si sono concentrate sui resoconti retrospettivi da parte dei soggetti. Nei loro studi Abraham & Beumont (1982), Mitchell e

coll. (1985), Arnow, e coll. (1992), Bruce & Agras (1992), Lynch e coll. (2000), hanno riscontrato che soggetti affetti da Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder, in una percentuale compresa tra il 69% e il 100% dei casi, riportano la presenza di emozioni negative come fattore che innescava in loro comportamenti di BE quando venivano poste loro domande aperte riguardanti il perché fossero ricorsi a tali comportamenti. Lo stesso risultato è stato ottenuto in studi nei quali è stato richiesto a soggetti affetti da BN o BED di compilare questionari riguardanti le variabili che avessero potuto precipitare il comportamento di BE (Pyle, Mitchell, & Eckert, 1981; Hsu, 1990; Mitchell e coll., 1999, Tachi e coll., 2001; Kjelsås, Børsting, & Gudde, 2004; Vanderlinden e coll., 2004. Davis & Jamieson, 2005).

Altri studi hanno invece testato l'ipotesi attraverso l'induzione di emozioni negative. Soggetti con BED venivano assegnati in modo casuale alla procedura di induzione di stimoli negativi o a quella di induzione di stimoli neutri e poi veniva misurato il loro consumo di cibo. I soggetti a cui erano state indotte emozioni negative consumavano, in modo significativo, più cibo durante il conseguente test del gusto (Chua e coll., 2004) e sperimentavano più episodi di BE (40%) rispetto ai soggetti a cui erano state indotte stimoli neutri (17%) (Telch & Agras, 1996; Agras & Telch, 1998).

Anche i dati provenienti dalla meta analisi condotta da Haedt-Matt e Keel (2012) nella quale venivano confrontati i risultati di 36 studi (condotti tra il 1982 e il 2007) che indagavano la presenza di emozioni negative pre e post abbuffata avvalendosi di misurazioni facenti parte del metodo *Ecological Momentary Assessment* - EMA ( 21 studi sono stati condotti su soggetti affetti da BN e 13 su soggetti affetti da BED) confermano l'aumento delle emozioni negative come antecedente delle abbuffate sia in soggetti bulimici che in soggetti BED.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, invece, in letteratura si trovano risultati contraddittori soprattutto negli studi che utilizzano soggetti affetti da psicopatologia, in base alla diagnosi di partenza (BN o BED). Alcuni studi retrospettivi hanno mostrato che il 50%-66% di soggetti affetti da BN riporta una riduzione delle emozioni negative a seguito di un'abbuffata (Abraham & Beumont, 1982; Hawkins & Clement, 1984; Hsu, 1990) mentre altri hanno trovato che l'85%-100% riporta un incremento delle emozioni negative a seguito di un'abbuffata (Pyle e coll., 1981; Mitchell e coll., 1985; Arnow e coll., 1992; Mitchell e coll., 1999; Tachi e coll., 2001)

Alcuni studi condotti su soggetti BED hanno indicato un'assenza di miglioramento dell'umore a seguito di comportamenti di BE (Hilbert e coll, 2004; Munsch e coll, 2009) mentre in uno studio sperimentale condotto da Agras e Telch (1998) soggetti affetti da BED, a cui avevano indotto emozioni negative, riportano una diminuzione significativa delle emozioni negative dopo aver mangiato. La diminuzione delle emozioni negative, però, era presente sia nei soggetti che erano ricorsi, sia in quelli che non erano ricorsi, a modalità abbuffatorie. Ciò potrebbe, quindi, significare che non sia il BE a causare una riduzione delle emozioni negative ma piuttosto il ricorrere al cibo in generale o il passare del tempo. Altri due studi sulla bulimia, che si sono concentrati sulla misurazione dei livelli di emozioni esperite durante un episodio di abbuffata seguito da condotte di eliminazione hanno trovato che l'ansia diminuisce a seguito dell'abbuffata, mentre la depressione aumenta (Kaye e coll., 1986; Hetherington e coll. 1994). I dati provenienti dalla già citata meta analisi sugli studi EMA condotta da Haedt-Matt e Keel (2012) non supportano la riduzione delle emozioni negative a seguito delle abbuffate. I risultati dimostrano, infatti, che sia per i soggetti BN che per quelli BED le emozioni negative incrementano dopo gli episodi di abbuffata, non supportando la seconda e fondamentale ipotesi del modello della regolazione degli affetti che propone che il binge eating venga mantenuto attraverso il rinforzo negativo derivante dalla riduzione delle emozioni negative.

Emerge, inoltre, che, sebbene siano numerosi gli studi che hanno tentato di indagare la validità del modello della regolazione affettiva in relazione ai comportamenti di BE sia nella BN che nel BED, poche ricerche si sono concentrate sulla possibilità che vi sia una differenza tra BN e BED negli antecedenti e nelle conseguenze relative al binge eating. Questi disturbi, infatti, differiscono molto rispetto alle conseguenze comportamentali dei comportamenti di abbuffata. Se nella BN i soggetti ricorrono a meccanismi di compensazione (quali ad esempio: vomito autoindotto e abuso di lassativi e/o diuretici) per ridurre l'impatto che le abbuffate avranno sul peso, questo non avviene per i soggetti BED. Ciò può portare a supporre che, oltre a differenze comportamentali nella gestione del post abbuffata, possano esserci anche differenze nelle conseguenze emotive. A supporto di ciò, ad esempio, si collocano i risultati ottenuti da Mitchell e coll. (1999): benché sia per la BN che per il BED sono presenti conseguenze emotive negative in conseguenza degli episodi di abbuffata, le donne con BED riportavano minore ansia conseguente all'abbuffata rispetto alle donne con BN.

Nella BN, quindi, il BE potrebbe essere un tentativo di ridurre le emozioni negative che, però, dato l'elevato introito calorico, comporterebbe anche un aumento della preoccupazione per il peso (rischio di aumentare di peso) e quindi una forte ansia. Si verificherebbe quindi un aumento delle emozioni negative conseguentemente all'abbuffata che porta all'uso di comportamenti purgativi al fine di diminuire le emozioni negative. In quest'ottica il modello della regolazione affettiva nella BN andrebbe rivisto e i comportamenti compensatori, piuttosto che il comportamento di BE, sarebbero il mezzo principale attraverso cui si esplica la regolazione delle emozioni (Haedt-Matt & Keel, 2012).

### **3.2 Il Modello della Restrizione Cognitiva– Restraint Theory**

Anche secondo questo modello di spiegazione del binge eating le emozioni negative funzionano da innesco per i comportamenti di abbuffata.

Nei soggetti cronicamente a dieta il controllo cognitivo gioca un ruolo maggiore nella regolazione dell'introito alimentare rispetto alla sensazione fisiologica di fame e sazietà (Ruderman, 1986)

Secondo il modello della restrizione (Herman & Polivy, 1980) l'esperire emozioni negative interferisce con il controllo cognitivo nei soggetti restrittivi (ovvero coloro che tendono a sottoporsi a restrizione dell'introito alimentare al fine di mantenere o perdere peso (Herman & Mack, 1975)) riducendo la loro capacità e/o la volontà di mantenere il loro controllo dietetico (Herman e Polivy, 84). L'aumento delle emozioni negative comporterebbe una disinibizione rispetto al controllo cognitivo sull'alimentazione che porterebbe alla necessità di una contro-regolazione agita nella forma del BE (Haedt-Matt & Keel, 2012). Le emozioni negative, quindi, imporrebbero "preoccupazioni più urgenti (ad es.: come far fronte allo stressor) perfino della dieta" e porterebbero a mangiare "come se il confine dietetico – diet boundary- fosse stato abbattuto" (Herman e Polivy, 1984; p.152). Per confine dietetico si intende la quota autoimposta di consumo alimentare concesso in una data occasione.

Secondo Match (2008) benché questa ipotesi di spiegazione del BE sia plausibile, gli esperimenti che fino ad ora sono stati svolti sul confronto tra soggetti che ottengono alti punteggi nelle scale che indagano i comportamenti di restrizione dell'introito alimentare rispetto a coloro che ne ottengono di bassi, non sono appropriati ad indagare i presunti meccanismi di mediazione.

Una spiegazione alternativa al fenomeno delle abbuffate, in una chiave di lettura basata sulla teoria della restrizione, è quella proposta da Boon e coll. (1998) secondo cui l'introito alimentare dei soggetti restrittivi aumenta se le capacità cognitive necessarie a mantenere le restrizioni alimentari diminuiscono a causa di distrazioni (siano esse di tipo emotivo o meno). Dato che l'elaborazione degli stimoli emotivi richiede attenzione, ed essendo le capacità cognitive limitate, vi saranno minori risorse per far fronte al controllo cognitivo sull'alimentazione che, quindi, verrà compromesso e vi sarà iperalimentazione. Quindi tanto più i soggetti esercitano controllo cognitivo sull'alimentazione tanto più saranno a rischio di iperalimentazione (Ibidem)

Proprio a partire dalla teoria della restrizione cognitiva ha preso forma la prima forma della Terapia Cognitivo-Comportamentale della Bulimia (BCT-BN) proposta da Fairburn nel 1985.

A differenza del modello della regolazione emotiva, la teoria della restrizione però non ritiene che le abbuffate siano mantenute attraverso la riduzione delle emozioni negative.

### **3.3 La Teoria della Fuga – Escape Theory**

La teoria della fuga (Heatherton & Baumeister, 1991) viene postulata a partire da alcuni tratti di personalità e di funzionamento tipicamente riscontrabili nei soggetti che presentano binge eating. Tali soggetti sono, infatti, caratterizzati da una forte tendenza a valutare se stessi in base a standard autoimposti elevati e secondo ideali esigenti (tratto di personalità definito da altri autori come "perfezionismo clinico"). A ciò consegue un inevitabile basso senso di autostima e alti livelli di automonitoraggio, che si traducono in convinzioni e definizioni negative di sé.

È stata, inoltre, dimostrata una connessione tra bassi livelli di autostima e comportamento alimentare disinibito. Eldredge e coll. (1990) hanno notato che insuccessi in ambiti non correlati con l'alimentazione possono comportare un aumento della focalizzazione negativa su di sé. Sia nei soggetti bulimici che nei soggetti cronicamente a dieta, gli insuccessi che inducono emozioni negative possono innescare un processo di autovalutazione che attinge alle percezioni corporee negative (ad esempio l'esperienza di sentirsi grasso) e che favorisce, in conseguenza, comportamenti alimentari disfunzionali. Anche Striegel-Moore e coll (1986) hanno visto che insuccessi in campi non legati all'alimentazione possono focalizzare attenzioni negative sul corpo.



Quando i soggetti binge eaters sentono di aver fallito nel raggiungere gli elevati standard autoimposti, cominciano a focalizzarsi su di sé dando luogo ad elevati livelli negativi di autoconsapevolezza, caratterizzati da una visione poco lusinghiera di sé e da preoccupazione rispetto a come possono apparire agli altri (piuttosto che concentrarsi sugli stati interni e sui loro sentimenti). Quest'autoconsapevolezza avversiva si accompagna ad emozioni negative, che spesso includono ansia e depressione. L'abbuffata servirebbe, quindi, per "scappare" da questo elevato livello di autoconsapevolezza avversiva permettendo di focalizzare l'attenzione sugli stimoli immediati provenienti dall'ambiente e sulle sensazioni concomitanti. Il restringimento cognitivo comporta la rimozione delle inibizioni che tali soggetti hanno sull'alimentazione ed impedisce quindi pensieri significativi su di sé e favorisce l'accettazione acritica di credenze e pensieri irrazionali.

La teoria della fuga, quindi, postula un aumento delle emozioni negative come antecedente del comportamento di abbuffata ma, in contrasto con il modello della restrizione calorica, ipotizza che la riduzione delle emozioni negative avvenga durante l'abbuffata come conseguenza della minore consapevolezza di sé. Inoltre, in contrasto con il modello della regolazione affettiva, viene proposto che il disagio emotivo aumenti al termine dell'abbuffata quando la consapevolezza avversiva di sé riemerge.

Si può far rientrare all'interno di questo modello di spiegazione il concetto di "cascata emozionale" proposto e dimostrato da Selby e coll (2008). Secondo tali autori, infatti, i comportamenti di binge eating possono essere visti come comportamenti impulsivi, ascrivibili tra i comportamenti maladattivi utilizzati per regolare le emozioni negative intense, per via del loro potere di distrazione.

Il legame tra disregolazione emotiva e disregolazione comportamentale viene spiegato attraverso l'uso della ruminazione e della catastrofizzazione come strategie cognitive di regolazione emotiva.

In base alla teoria proposta da Whiteside & Lynam (2001) esisterebbero quattro sfaccettature della personalità che sarebbero collegate al ricorso a comportamenti impulsivi:

- 1) *Sensation seeking* – ricerca di sensazioni: ovvero la tendenza a ricercare eccitazione ed avventura

- 2) *Lack of premeditation* – mancanza di premeditazione: si riferisce alla difficoltà di ritardare l'azione in favore di un'attenta riflessione e pianificazione rispetto alle conseguenze dell'azione stessa
- 3) *Lack of perseverance* – mancanza di perseveranza: si riferisce alla difficoltà nel rimanere concentrato su un compito fino al suo completamento, evitando la noia o di farsi abbattere dalla sua difficoltà
- 4) *Urgency* – urgenza: ovvero la tendenza ad agire in presenza di stress emotivo, anche compiendo azioni deplorevoli

L'urgenza potrebbe, quindi, essere uno dei motivi per cui alcuni soggetti sono caratterizzati da disregolazione comportamentale. Esperire alti livelli di urgenza potrebbe spingere questi soggetti a mettere in atto comportamenti maladattivi, quali la disregolazione alimentare, come risultato di una disregolazione emotiva.

Insieme ai comportamenti maladattivi anche alcuni processi cognitivi possono essere usati per regolare le emozioni negative.

La *ruminazione*, una delle strategie cognitive di regolazione delle emozioni più studiate, è definibile come la tendenza a focalizzare la propria attenzione, in modo ripetitivo, sugli stimoli emotivamente rilevanti, continuando a pensare alle cause, ai fattori situazionali e alle conseguenze di un'esperienza emotiva. Numerosi studi hanno dimostrato che la ruminazione tende ad ingigantire diverse emozioni negative (Donaldson & Lam, 2004; Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998) È, inoltre, emerso che l'interazione tra ruminazione e pensieri negativi predice l'aumento degli affetti negativi (Ciesla & Roberts, 2007) e che emozioni intense possono aumentare i livelli di ruminazione (Easterbrook, 1959; Cornsweet, 1969; Salovey, 1992; Fredrickson & Branigan, 2005). Benchè la ruminazione possa inizialmente essere un tentativo di risolvere un problema, continuare a ruminare può portare ad aggravare l'emozioni negativa.

La *soppressione del pensiero* è un'altra forma di strategia cognitiva di regolazione delle emozioni che si caratterizza per la messa in atto di deliberati tentativi di ridurre la frequenza o l'intensità di pensieri spiacevoli. Anch'essa tende ad aumentare, piuttosto che diminuire, le emozioni negative. Diverse meta-analisi suggeriscono che tentativi deliberati di sopprimere pensieri specifici possano avere un paradossale effetto "rebound" per cui la frequenza dei pensieri indesiderati aumenta in conseguenza agli sforzi messi in atto per sopprimerli (Wenzlaff & Wegner, 2000; Abramowitz e

coll., 2001). Selby e coll. propongono che possa esistere un legame tra soppressione del pensiero e ruminazione. Alcuni soggetti utilizzerebbero, infatti, la soppressione del pensiero nel tentativo di fermare la ruminazione su emozioni negative, ma nel fare ciò ruminerebbero maggiormente.

La *catastrifizzazione*, invece, è definita come la tendenza a pensare continuamente a quanto negativa sia una situazione e agli effetti negativi che la situazione attuale potrebbe avere sul futuro (Garfneski e coll, 2001). Selby e coll propongono che la catastrofizzazione possa essere vista come una forma di ruminazione orientata al futuro. Anche questa strategia cognitiva di regolazione delle emozioni sembra portare ad un aumento dello stress emotivo (Sullivan e coll., 1995).

Tutte queste strategie di regolazione delle emozioni sono accomunate dal fatto di porre attenzione sugli stimoli negativi, aumentandone la grandezza. La disregolazione emotiva potrebbe, secondo Selby e coll. essere la conseguenza dell'uso eccessivo di ruminazione, catastrofizzazione e soppressione del pensiero quando si è turbati (in presenza di un deficit nell'uso o nell'efficacia di strategie di regolazione delle emozioni più funzionali quali, ad esempio, il reappraisal positivo, il guardare la situazione da un'altra prospettiva, il focalizzarsi sugli aspetti positivi, il focalizzarsi sulla pianificazione). La tendenza a ruminare su pensieri emotivamente negativi incrementerebbe il livello degli affetti negativi e, a sua volta, l'incremento degli affetti negativi incrementerebbe i livelli di ruminazione. In tale situazione anche piccoli stimoli emotivamente negativi possono essere seguiti da un rapido fluire di pensieri emotivamente negativi che, a loro volta, aumentano il livello degli affetti negativi in un circolo vizioso e ripetitivo che viene definito dagli autori: *cascata emozionale*. Al fine di interrompere questo circolo vizioso, il soggetto potrebbe mettere in atto comportamenti che lo distraggano dai pensieri emotivi. Tali comportamenti interromperebbero il circolo perché focalizzano l'attenzione del soggetto sugli stimoli fisici ed emotivi ad essi associati (come il gusto o l'atto di masticare nel binge eating). Sebbene i risultati conseguenti all'aver ingaggiato comportamenti distraenti abbiano un effetto sulle emozioni, tale effetto potrebbe avere una breve durata. Questo spiegherebbe come mai molti dei comportamenti impulsivi messi in atto per regolare le emozioni negative possono diventare abituali. A seguito del ricorso al comportamento distraente il soggetto può non sperimentare un altro "circolo di ruminazione" per un po' oppure potrebbe conseguire un nuovo "circolo di ruminazione" scatenato dal senso di colpa e di vergogna per il comportamento messo in atto.

### **3.4 La Teoria dell'aspettativa – Expectancy Theory**

La teoria dell'aspettativa si basa sull'idea che i comportamenti di abbuffata siano mantenuti dalle credenze personali riguardanti i loro effetti (ovvero la credenza che mangiare possa ridurre le emozioni negative e la credenza che mangiare possa essere gratificante) che si sviluppano come prodotto della storia di apprendimento degli individui. Tale teoria trova supporto negli studi che hanno indagato le differenze individuali rispetto alle aspettative cognitive e la loro associazione con le abbuffate. Ad esempio gli studi di Hohlstein e coll (1998) e Simmons e coll (2002) hanno dimostrato che nei soggetti bulimici l'aspettativa del rinforzo negativo del cibo (ritenere che ricorrere al cibo possa aiutare nella gestione delle emozioni negative) è significativamente più elevata rispetto a soggetti affetti da altri tipi di psicopatologie e ai soggetti di controllo e che la presenza di tale credenza distingue i soggetti che presentano sintomi bulimici (come, ad esempio, il binge eating) da soggetti che presentano altri tipi di sintomi di disturbo del comportamento alimentare. Alcuni studi longitudinali hanno inoltre mostrato che la presenza di aspettative sugli effetti del ricorso al cibo è associata ad un successivo sviluppo di sintomi bulimici e del mantenimento della sindrome bulimica in sé (Smith e coll, 2007; Bohon e coll, 2009; Hayaky 2009).

Risulta chiaro che per tale modello di spiegazione del binge eating ciò che realmente conta nel mantenimento di tale comportamento sia ciò che il soggetto si aspetta che consegua all'assunzione di cibo (riduzione delle emozioni negative e/o gratificazione) piuttosto che ciò che effettivamente ne consegue, in contrasto con quanto postulato dal modello della regolazione affettiva.

### **3.5 La Teoria del Compromesso – Trade-Off Theory**

Secondo la teoria del compromesso i comportamenti di binge eating vengono mantenuti dal fatto che operano una sorta di compromesso, sostituendo l'emozione negativa che li ha generati, vissuta dai soggetti come altamente avversiva con una, altrettanto negativa, ma meglio tollerata (come ad esempio il senso di colpa). Tale teoria è supportata, ad esempio, dallo studio di Kenardy, Arnow & Agras del 1996 nel quale veniva valutata la percezione del disagio associato alla presenza di stati d'animo negativi, usualmente esperiti prima e dopo i comportamenti di abbuffata, in soggetti binge eaters obesi affetti da binge eating disorders rispetto a soggetti di controllo non

binge eaters. I soggetti binge eaters riportavano, in maniera statisticamente significativa, maggiore disagio e minore tolleranza delle emozioni negative rispetto ai soggetti di controllo. Inoltre, rispetto ai soggetti di controllo, i binge eaters riportavano che le emozioni tipicamente segnalate come antecedenti al comportamento di abbuffata, quali, ad esempio, la rabbia, la depressione e l'ansia erano, per loro, maggiormente avversive di quelle tipicamente riportate dopo tale comportamento, come il senso di colpa.

### **3.6 La Teoria del Mascheramento – Masking Theory**

La teoria del mascheramento (Polivy & Herman, 1998) postula che i soggetti cronicamente a dieta (fanno parte di questa categoria anche molti soggetti obesi) usino l'iperalimentazione per spostare il loro focus attentivo, come una sorta di meccanismo di difesa. Mangiando, infatti, possono mascherare il disagio che provano in altre aree della loro vita. In situazioni di stress il ricorso al cibo serve loro per attribuire tale stress al fatto di aver mangiato, piuttosto che confrontarsi con il fatto che lo stress è stato generato da situazioni, pensieri e/o emozioni che sentono essere più complicati da gestire o meno controllabili. L'iperalimentazione, infatti, sembrerebbe un comportamento maggiormente controllabile e con il quale è più semplice avere a che fare rispetto a situazioni che vengono percepite come minacce per il proprio benessere emotivo; ci si può sempre dire che domani si seguirà meglio la dieta. Il vero problema verrebbe, quindi, mascherato con il problema dell'iperalimentazione e del conseguente sovrappeso, che sembrano maggiormente gestibili rispetto alla reale fonte dello stress.

Ovviamente, da un punto di vista clinico, tale comportamento comporta un aumento del disagio verso il cibo e verso se stessi in un circolo vizioso. I soggetti cronicamente a dieta mirano a riuscire a ridurre o mantenere il loro peso in un range vissuto come "giusto"; usare il cibo per far fronte al disagio esperito in altre aree della loro vita li porta ad essere fallimentari nel perseguire tale obiettivo e, nel lungo termine a sentirsi inadeguati.

## 4 LA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI E LA PSICOPATOLOGIA

A partire dal lavoro di Marsha Linehan (1993) che ha sottolineato il ruolo della disregolazione emotiva nello sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità, numerosi studi hanno dimostrato che la disregolazione emotiva si associa a svariati disturbi psicopatologici.

In tale ottica, la presenza di disregolazione emotiva si configurerebbe come un fattore che contribuisce a generare, e quindi a mantenere, il disturbo psicopatologico.

Nel Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è possibile rilevare un particolare *pattern* disfunzionale, che potrebbe essere dovuto ad un'aumentata vulnerabilità verso le emozioni, caratterizzato da: eccesso di esperienze emozionali aversive, incapacità di regolare l'intenso *arousal* fisiologico, difficoltà a distogliere l'attenzione dallo stimolo emozionale, presenza di distorsioni cognitive e di difetti nella elaborazione delle informazioni, insufficiente controllo dei comportamenti impulsivi correlati a emozioni positive e negative, difficoltà a coordinare ed organizzare le attività utili al raggiungimento di un obiettivo non coerente con l'umore in condizioni di forte attivazione e tendenza a "congelare" o dissociare i vissuti emotivi in condizioni di forte stress (Linehan, Bohus e Lynch, 2007).

Campbell-Sills e Barlow (2007) hanno suggerito che le persone con problemi di ansia e depressione ricorrono a strategie di regolazione degli stati affettivi che si configurano come controproducenti per via del loro duplice effetto di: accentuare l'intensità e la frequenza delle emozioni indesiderate (regolazione delle emozioni inefficace) e di contribuire all'intensificazione e alla persistenza dell'umore negativo (regolazione dell'umore inefficace). Più specificatamente, gli individui con disturbi d'ansia e/o depressivi, evidenziano una serie di difficoltà nel fronteggiare vissuti emotivi: scarsa conoscenza delle emozioni e delle relative componenti, elevata tendenza a reagire negativamente alle esperienze emozionali e difficoltà nel recupero dalle emozioni negative (Mennin, Heimberg, Turk e Fresco, 2005).

Anche il Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG) è stato rivisto in relazione alle difficoltà nella regolazione emotiva (vedi Mennin, Turk, Heimberg e Carmin 2004). Si è visto, infatti, che in questa specifica condizione, gli stati emotivi vengono vissuti in maniera intensa e confusa e modulati in maniera spesso disadattiva attraverso l'utilizzo massiccio del *worry*, strategia che risulta in grado di ostacolare la sperimentazione di un'esperienza emotiva intensa (Borkovec, Alcaine e Behar,

2004). Tale meccanismo potrebbe spiegare le difficoltà evidenziate dalle persone con DAG di rispondere in maniera adattiva alle richieste dell'ambiente (Cicchetti, Ackerman e Izard, 1995).

Anche l'uso di alcool è stato legato alla presenza di difficoltà nella regolazione emotiva. Alcune teorie sostengono che il ricorso all'alcool rappresenti una strategia di regolazione emotiva in grado di facilitare il raggiungimento di uno stato emotivo desiderato. Altre sottolineano l'esistenza di un circolo vizioso per cui il massiccio consumo di alcool comporta effetti cronici sugli affetti e sulle cognizioni che, a loro volta, potrebbero portare ad una maggiore disregolazione. Ciò che emerge dagli studi fatti è che la forza con cui uno stimolo emotivamente saliente elicit il bisogno di bere sia mediata anche dalla disponibilità di strategie di regolazione emotiva alternative (Sher e Grekin, 2007).

Anche gli studi basati sul metodo *ecological momentary assessment* (EMA) hanno dimostrato l'associazione tra il consumo di alcool e gli stati affettivi positivi e negativi (Armeli, e coll., 2000); in particolar modo quando le emozioni sono percepite dai soggetti come "forti" – con alto livello di attivazione (Hussong e coll., 2001).

Esiste, inoltre, un ristretto ma sempre maggiore corpo di evidenze che mostra come le difficoltà nella regolazione emotiva potrebbero rendere conto delle problematiche di scarsa inibizione nel Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (DDAI) e potrebbero rappresentare il meccanismo chiave nello sviluppo di alcune forme di comportamento antisociale (Olson, et al., 2005). I bambini con DDAI mostrano un'elevata reattività emozionale (sia per le emozioni negative che per quelle positive) rispetto ai loro coetanei (Maedgen & Carlson, 2000; Walcott & Landau, 2004) e un deficit nel riconoscimento delle emozioni attribuibile al fallimento nella valutazione appropriata degli stimoli emozionali (Cadesky, Mota e Schachar, 2000)

Per citare solo alcuni dei numerosi studi presenti in letteratura rispetto a svariati disturbi psicopatologici possiamo menzionare alcuni lavori sulla Depressione Maggiore (ad esempio: Nolen-Hoeksema e coll., 2008; Rottenberg e coll., 2005), sul Disturbo Bipolare (Johnson, 2005), sulla Fobia Sociale (ad esempio: Kashdan & Breen, 2008), sull'abuso di sostanze (ad esempio: Fox e coll., 2007; Sher & Grekin, 2007; Linehan e coll., 2002; Tice e coll., 2001), sul Disturbo Post Traumatico da Stress (ad esempio: Cloitre, 1998) e i Disturbi del Comportamento Alimentare (ad esempio: Bydlowski e coll., 2005; Clyne & Blampied, 2004; Polivy & Herman, 2002; Fairburn e coll., 1995; McCarthy, 1990).

## 4.1 La Disregolazione Emotiva e i Disturbi del Comportamento Alimentare

Il ruolo della disregolazione emotiva nella genesi e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare è stato dimostrato in numerosi studi.

Sono stati evidenziati bias attentivi nei soggetti affetti da DCA rispetto agli stimoli correlati al cibo e alla forma del corpo, come emerso dalle review e dalle meta-analisi svolte da Dobson & Dozois nel 2004 e da Johansson e coll. nel 2005. In questi due lavori sono stati confrontati i dati provenienti da una serie di studi che usavano l'Emotional Stroop Task declinata per i disturbi dell'alimentazione, valutando le interferenze emotive Stroop in parole legate al cibo e al corpo. L'Emotional Stroop Task consiste nel presentare ai soggetti parole scritte in differenti colori. Il compito è quello di nominare il colore in cui è scritto la parola, ignorando il significato di quest'ultima. L'attenzione selettiva verso gli stimoli emotivamente rilevanti si manifesterebbe attraverso un ritardo nella denominazione del loro colore (effetto noto come interferenza emozionale Stroop). Una review sugli studi che utilizzavano paradigmi sperimentali per indagare la capacità di riconoscere le emozioni nei soggetti affetti da DCA (Oldershaw, 2009) ha evidenziato come, effettivamente, tale capacità sia ridotta in questi soggetti. I soggetti con AN sembrano avere difficoltà nell'etichettare le emozioni di base in assenza di indizi verbali (Zonnevylle-Bender e coll., 2002; Zonnevylle-Bender e coll., 2004a, b), nei paradigmi che utilizzano stimoli verbali (Kucharska-Pietura e coll., 2004), nei paradigmi a scelta forzata (Pollatos e coll., 2008) e in quelli che utilizzano emozioni complesse quali il disprezzo e la vergogna (Kucharska-Pietura e coll., 2004).

Come già visto nel capitolo precedente (vedi: modelli di spiegazione del binge eating) l'affettività negativa risulta essere il fattore scatenante più citato per le abbuffate; la maggioranza dei soggetti affetti da binge eating riporta che almeno il 50% delle loro abbuffate è riconducibile alla presenza di emozioni negative (Wilson e coll., 1997; Waters, e coll., 2001)

Un'interessante review meta-analitica condotta da Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer del 2010 si è concentrata sulla relazione tra sei strategie di regolazione emotiva (l'accettazione, l'evitamento, il problem solving, il reappraisal positivo, la ruminazione e la soppressione) e i sintomi di quattro disturbi psicopatologici (l'ansia, la depressione, i disturbi dell'alimentazione e l'abuso di sostanze) attraverso l'analisi di 114 studi che si sono concentrati sulla relazione tra l'uso di queste strategie di regolazione e la prevalenza di psicopatologia – tra questi: 71 trasversali, 18 sperimentali e 25 longitudinali.



Ne è emerso che: in generale le strategie di evitamento ( $r=.38$ ;  $k=37$ ; 95% CI=[.33; .44]), di soppressione ( $r=.34$ ;  $k=51$ ; 95% CI=[.28; .39]) e ruminazione ( $r=.49$ ;  $k=89$ ; 95% CI=[.45; .52]) sono positivamente correlate a sintomi psicopatologici mentre le strategie di problem solving ( $r=-.31$ ;  $k=42$ ; 95% CI=[-.36;-.25]) e di reappraisal positivo ( $r=-.14$ ;  $k=15$ ; 95% CI=[-.20; -.07]) sono negativamente correlate. L'accettazione, invece, non si associa in modo significativo con lo sviluppo di sintomi psicopatologici ( $r=-.19$ ;  $k=7$ ; 95% CI=[-.40; .05]).

Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione (sono stati presi in considerazione studi che avevano una ampia varietà di soggetti: studenti universitari, soggetti con AN e BN e BED conclamati, soggetti affetti da BE e soggetti di controllo) è emerso che l'evitamento ( $r=.18$ ;  $k=7$ ; 95% CI [.13, .24]), la ruminazione ( $r=.26$ ;  $k=3$ ; 95% CI [.20, .32]) e la soppressione (sia dei pensieri che dell'espressione emotiva) ( $r=.36$ ;  $k=6$ ; 95% CI [.24, .47]) sono positivamente associati a comportamenti alimentari disfunzionali. Il problem solving ( $r=-.29$ ;  $k=2$ ; 95% CI[-.53,-.01]) risulta negativamente associato e il reappraisal positivo risulta non associato ( $r=-.05$ ;  $k=2$ ; 95% CI [-.21; .10]). Non vengono riportati dati, invece, in merito alla connessione tra comportamenti alimentari disfunzionali e l'accettazione per via del fatto che non erano presenti studi, tra quelli presi in esame dalla meta analisi che li mettessero in relazione.

## **4.2 Il Binge Eating e la Disregolazione Emotiva**

Un interessante studio del 2009 condotto da Czaja e coll dimostra che, già nei bambini affetti da perdita di controllo sul cibo (Loss of Control Over Eating – LoC) è possibile rilevare un uso significativamente maggiore, rispetto ai soggetti di controllo, di strategie di regolazione delle emozioni disfunzionali in generale ( $F(2,54) = 5.21$ ,  $p > .01$ ), soprattutto per la regolazione dell'ansia ( $p > .01$ ). Non risultano invece differenze statisticamente significative nell'uso di strategie adattive. Il campione dello studio è composto da 60 bambini tedeschi di età compresa tra gli 8 e i 13 anni e la presenza di LoC è stata rilevata attraverso la somministrazione della versione tedesca del Child Eating Disorder Examination Questionnaire. I bambini sono stati suddivisi in due gruppi: LOC + e LOC -, considerato come gruppo di controllo. I criteri di inclusione per il gruppo di bambini LOC + erano: avere avuto almeno un episodio di perdita di controllo sull'alimentazione negli ultimi tre mesi ma non episodi di compensazione, non essere sottoposti a trattamenti dietoratici)

Buckholdt, Parra e Jobe-Shields nel 2010 hanno proposto un interessante modello in cui la disregolazione emotiva funzionerebbe come mediatore per la genesi del Binge eating. Scopo del loro lavoro di ricerca era quello di valutare se la disregolazione emotiva mediasse la relazione tra le risposte genitoriali alle emozioni e i comportamenti alimentari disfunzionali (quali, ad esempio, il binge eating e i comportamenti di eliminazione). La concettualizzazione alla base del lavoro degli autori si fonda sul fatto che le risposte dei genitori alle emozioni (proprie e dei propri figli) sono collegate allo sviluppo della competenza emotiva, inclusa l'abilità di modificare l'esperienza emotiva e l'espressione di emozioni e comportamenti al fine di raggiungere l'obiettivo, e la capacità di comprendere le emozioni degli altri. Importanti studi hanno dimostrato che l'invalidazione delle emozioni da parte dei genitori (attuata attraverso, ad esempio, l'ignorare le emozioni dei figli, la loro minimizzazione ed il provare sconforto rispetto alla presenza di alcune emozioni) si associano ai disturbi alimentari (Haslam e coll., 2008). L'effetto dell'invalidazione delle emozioni da parte dei genitori si ripercuoterebbe sul ricorso a comportamenti alimentari disfunzionali perché comporterebbe uno scarso sviluppo della capacità di regolare le proprie emozioni (Waller e coll., 2007). In quest'ottica, quindi, la disregolazione emotiva, potrebbe essere uno dei meccanismi attraverso cui le risposte genitoriali alle emozioni possono influenzare i comportamenti alimentari (Buckholdt e coll., 2010).

Lo studio si è concentrato sull'analisi di 5 tipologie di risposte genitoriali rispetto a due tipi di emozioni (tristezza e rabbia): 1) la ricompensa (ad esempio: confortare il bambino, facendogli capire che va bene provare quella emozione e che ciò che sta provando è una esperienza emotiva valida), 2) la punizione (ad esempio: rimproverare il bambino per l'espressione della sua emozione), 3) la negazione (ad esempio: ignorare l'emozione del bambino), 4) l'override (ad esempio: dire al bambino di non preoccuparsi) e 5) l'ingigantimento (ad esempio: rispondere all'emozione proposta dal bambino con la stessa emozione, e anche con maggiore intensità). Lo scopo era quello di verificare se ci fossero particolari tipi di risposte che si configurino come particolarmente rilevanti nella genesi di comportamenti alimentari disfunzionali, nello specifico rispetto a: comportamenti di abbuffata, comportamenti di compensazione e senso di perdita di controllo sul cibo. Il campione era composto da 118 studenti universitari (età media: 21, il 76% erano donne e il 52% dei soggetti erano Caucasici) a cui sono stati somministrati: l'Emotion Socialization Scale dell'Emotions as a Child Scales - EAC (O'Neal & Magai, 2005), la Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS (Gratz & Roemer, 2004) e il Bulimia Test—Revised - BULIT-R (Thelan, Farmer, Wonderlich, & Smith, 1991).

I risultati dimostrano che solamente l'ingigantimento della tristezza ha un effetto (sia diretto, che mediato dallo sviluppo di disregolazione emotiva) sullo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali quali il binge eating e il senso di perdita di controllo sul cibo (vedi Fig.1)

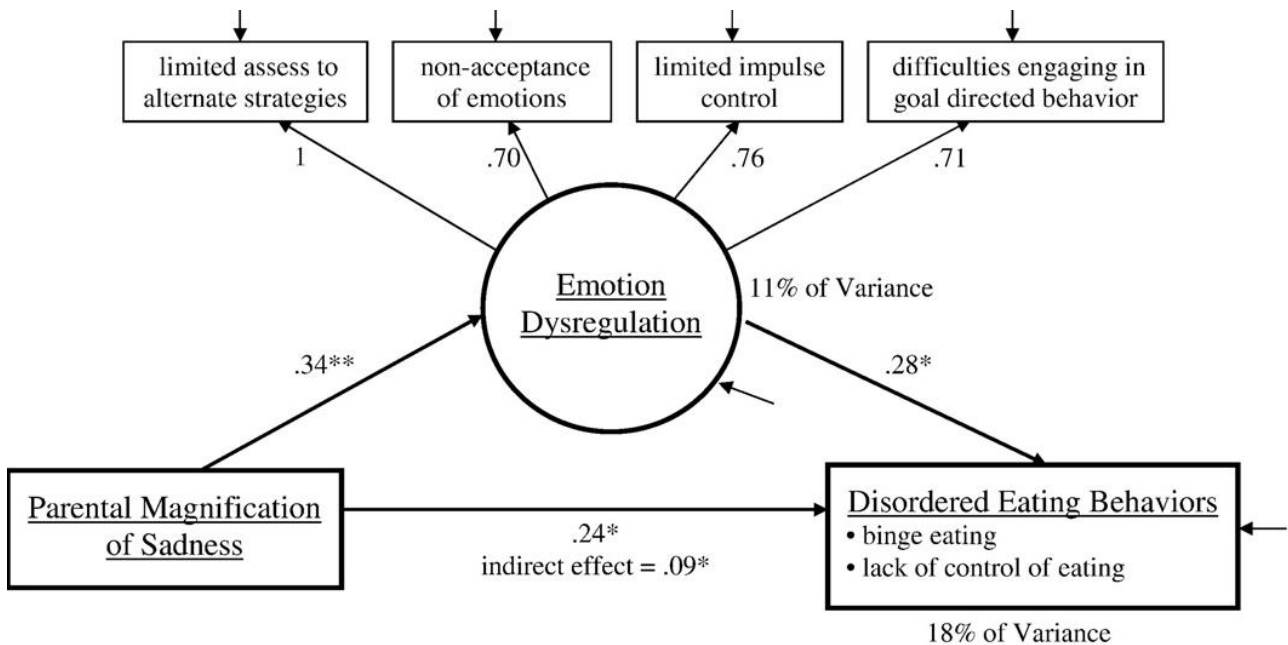


Fig. 1. The final model showing that emotion dysregulation partially mediates the direct relation between parental magnification of sadness and disordered eating behaviors. Note. N=118. \* =  $p < .05$ . \*\* =  $p < .01$ . \*\*\* =  $p < .001$ . Fit indices:  $\chi^2[26]=25.40$ ,  $p=.50$ ; RMSEA=.00; SRMR=.07; CFI=1.00. Tratto da: Emotion dysregulation as a mechanism through which parental magnification of sadness increases risk for binge eating and limited control of eating behaviors - Kelly E. Buckholdt , Gilbert R. Parra, Lisa Jobe-Shields, in Eating Behaviors 11 (2010) 122–126)

Gli autori concludono, quindi, che l'esaltazione delle emozioni, in particolare della tristezza, da parte dei genitori porti i soggetti a non sviluppare strategie di coping funzionali ad affrontare le emozioni (perché le vivono come troppo intense o perché sentono di non poterle condividere con il genitore per non turbarlo). Ciò genera disregolazione emotiva e quando i soggetti provano emozioni negative utilizzano il cibo per alleviarle. La percezione di perdita di controllo sul cibo potrebbe, quindi, essere legata al fatto che i soggetti, pur sapendo che ricorrere al cibo crea problemi in diversi ambiti (vedi lo stato nutrizionale e le patologie ad esso correlate), non riescono

a fare a meno di farlo dato che, non avendo altre strategie utili a gestire le emozioni negative, devono inevitabilmente ricorrere all'uso del cibo.

Un altro interessante studio è quello condotto da Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo e Larimer nel 2007. Scopo del lavoro era quello di valutare:

- se le persone che ricorrono a comportamenti di abbuffata tendono ad esperire una generale difficoltà nel regolare le proprie emozioni (non specificatamente in relazione al loro comportamento alimentare);
- quanto le difficoltà nella regolazione delle emozioni spieghino la varianza nei comportamenti di binge eating, al di là del ruolo svolto dalla restrizione dietetica e dall'ipervalutazione della forma del corpo e del peso;
- quali tipi di difficoltà nella regolazione delle emozioni fossero maggiormente associate ai comportamenti di abbuffata.

Lo studio è stato condotto su 695 studenti di psicologia provenienti da università americane del Nord-Ovest ( 284 maschi e 411 femmine, età media = 18,7 anni, DS = 1,64) ai quali è stata somministrata la seguente batteria di test:

- Eating Disorders Diagnostic Scale - EDDS (;Stice, Telch, & Rizvi, 2000) – attraverso cui sono stati ricavati gli indici relativi alla restrizione calorica, all'ipervalutazione della forma del corpo e del peso e ai comportamenti di binge eating
- Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS (Gratz & Roemer, 2004).

Dei 695 soggetti, 106 (il 15% del campione totale; l'8% dei maschi e il 20% delle donne) sono risultati binge eaters. L'8% di questi 106 soggetti (quindi 1% del campione totale) soddisfacevano tutti i criteri per porre diagnosi di BED.

Attraverso una prima analisi di regressione gerarchica (step 1= sesso, step 2= sesso e restrizione alimentare, step 3= sesso, restrizione alimentare e ipervalutazione della forma del corpo e del peso, step 4= sesso, restrizione alimentare, ipervalutazione della forma del corpo e del peso e livello di disregolazione emotiva – punteggio totale alla DERS) è stato visto che allo step 1 il sesso, da solo, spiegava il 2,2% della varianza del binge eating, allo step 2 la restrizione alimentare spiegava, da sola, il 4,5% della varianza del binge eating, allo step 3 l'ipervalutazione della forma del corpo e del peso spiegava, da sola, l'8% della varianza del binge eating e allo step 4 la difficoltà

nella regolazione delle emozioni spiegava, da sola, il 6,2% della varianza del binge eating al di là del sesso, della presenza di restrizione dietetica e/o di ipervalutazione della forma del corpo e del peso. Insieme queste quattro variabili spiegavano il 21% della varianza totale rispetto ai comportamenti di binge eating ( $R^2=.21$ ,  $F(4, 691) = 45.76$ ,  $p < .001$ ).

È stata, inoltre, condotta una regressione multipla al fine di identificare quali specifici aspetti della regolazione emotiva fossero relati in modo univoco al binge eating. I punteggi di binge eating sono, quindi, stati regressi sulle sei sottoscale della DERS (per una trattazione più esaustiva delle sottoscale della DERS si veda il capitolo 6 LA RICERCA, paragrafo 6.2.2). La combinazione delle 6 sottoscale spiegava il 16% della varianza degli episodi di binge eating ( $F(6, 689) = 23.26$ ,  $p < .001$ ). Le due sottoscale maggiormente associate ai comportamenti di binge eating erano: il limitato accesso a strategie di regolazione delle emozioni (Strategies) e la mancanza di chiarezza emotiva (Clarity).

Gli autori hanno, quindi, concluso che i soggetti che presentano binge eating potrebbero avere meno strategie funzionali per affrontare le difficoltà emotive e quindi, si affiderebbero a strategie meno funzionali (quali, ad esempio, il binge eating). In alternativa si potrebbe pensare che tali risultati possano essere spiegati dal fatto che i soggetti affetti da binge eating esperiscano emozioni più intense e di maggior durata. Ciò li caratterizzerebbe come maggiormente vulnerabili all'uso di strategie di regolazione delle emozioni disfunzionali dato che quelle maggiormente funzionali non risultano abbastanza efficaci. Inoltre, il fatto che abbiano difficoltà nel capire chiaramente quale emozione stanno provando li porta a non avere le basi per poter scegliere in modo appropriato una strategia funzionale alla riduzione dell'emozione in corso, dato che in una condizione del genere, come scrivono Sim e Zeman (2004, pg. 767) la scelta di una strategia appropriata ed efficace ad alleviare lo stato emotivo sarebbe in larga parte frutto della casualità o basata sulle conseguenze a breve termine, quindi, inadeguata.

## 5. IL MODELLO COGNITIVO-COSTRUTTIVISTA

### 5.1 La costruzione di significato

La “ricerca di un significato” è ciò che forse maggiormente caratterizza i sistemi conoscitivi umani, tale ricerca avviene “...ordinando, sia a livello tacito che a livello esplicito, l’esperienza e stabilendo una relazione d’insieme fra tutti i processi cognitivi attraverso il progressivo sviluppo di una differenziazione tra sé e non sé” (Nardi, 2001; pag. 177). I processi attraverso i quali questa ricerca si esplica sono legati al bisogno di risalire dal cosa e dal come dell’esperienza immediata al perché delle cose, quindi, il processo di spiegazione delle cose e di ordinamento dell’esperienza immediata.

In base al tipo specifico di strutturazione dei processi cognitivi, percettivi ed emotivi che prende forma gradualmente nel corso dello sviluppo individuale si possono distinguere quattro diverse Organizzazioni di Personalità. Con *Organizzazioni di Personalità* si intende, quindi, l’insieme dei processi attraverso i quali ogni individuo, pur vivendo in una realtà sociale oggettivamente condivisibile, costruisce attivamente il suo punto di vista “dall’interno” assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo (Bara, 1997).

Ciò porta al fatto che la conoscenza tacita, ovvero quella sensoriale-emozionale e non verbale, viene trasformata in conoscenza esplicita e quindi può essere verbalizzata, cosciente e autoattribuibile, grazie alla sua messa in forma linguistica. In questo modo l’esperienza diretta del mondo e di sé diventa *ridescrizione mediata* di questa stessa esperienza. La ridescrizione di ogni singola esperienza viene poi integrata in un *sensu generale* di sé, della propria identità, della propria permanenza e continuità nel tempo e nella narrativa personale.

Le quattro organizzazioni di personalità, che sono: l’organizzazione di personalità fobica, l’organizzazione di personalità ossessiva, l’organizzazione di personalità depressiva e l’organizzazione di personalità da disturbi alimentari psicogeni-DAPs sono caratterizzate da differenti processi di ordinamento dell’esperienza immediata, cioè:

1. Le caratteristiche del processo che porta alla demarcazione tra sé/altro e la percezione della propria identità, della permanenza e coerenza di sé;

2. La qualità della relazione tra l'esperienza diretta a carattere emotivo-sensoriale e la sua ridefinizione attraverso la dinamica Io/Me. Da tale integrazione derivano le impalcature concettuali tipiche del singolo individuo;
3. Lo stile di attaccamento e dunque le diverse strategie adattive con cui il soggetto regola la prossimità relazionale con le figure d'attaccamento;
4. I sistemi motivazionali preferenzialmente attivati nelle interazioni e gli schemi emozionali prevalenti nelle relazioni con gli altri significativi;
5. Le strategie di coping privilegiate, cioè le strategie maggiormente usate per affrontare e gestire le situazioni di vita nelle diverse tappe dello sviluppo individuale: infanzia, fanciullezza, adolescenza, età adulta, vecchiaia (Strepparava e Rezzonico, 2005).

Questi processi vengono "indirizzati" da quattro diverse tendenze che si organizzano

in quelli che possono essere visti come i due assi cardinali in base ai quali si differenziano le Organizzazioni di Personalità.

Innanzitutto si può distinguere tra la tendenza ad avere una lettura degli eventi della vita *prevalentemente esterna* (outward), in base alla quale le informazioni significative su di sé sono ricavate dalle somiglianze con le figure d'attaccamento e quindi "sono ciò che gli altri mi fanno capire che io sia" oppure *prevalentemente interna* (inward), in base alla quale le somiglianze percepite vengono trasformate in attributi personali coerenti e stabili nel tempo e quindi "sono ciò che mi sento di essere". Possiamo, quindi, dire che possedere una messa a fuoco dall'esterno – outward vuol dire costruzione la propria identità basandosi sulla sintonizzazione con un riferimento esterno. Vi è, quindi, una tendenza a modificare il mondo interno perché sia conforma con l'esterno. Possedere una messa a fuoco dall'interno – inward, invece, vuol dire costruire la propria identità sulla interiorità e sul mantenimento del senso di sé. Vi è, quindi, una tendenza a modificare l'ambiente esterno per renderlo consono con l'attività interna.

Il secondo asse è caratterizzato dalla tendenza alla *campo dipendenza* piuttosto che alla *campo indipendenza*, ovvero la tendenza o meno a ricercare nel campo percettivo esterno informazioni, segnali sociali, punti di vista e atteggiamenti degli altri.

Possedere uno stile relazionale campo dipendente fa sì che le relazioni con il mondo vengono organizzate facendo prevalentemente affidamento su riferimenti esterni. Ciò comporta una notevole sensibilità ai segnali emotivi immediati del contesto interpersonale.

Possedere uno stile relazionale campo indipendente vuol dire possedere uno stile cognitivo e relazionale più impersonale e distaccato, meno sensibile alle relazioni sociali. Ciò comporta il mantenimento di una certa distanza, sia fisica che emotiva, dagli altri e l'emergere della tendenza a fare affidamento prevalentemente su idee, principi, ipotesi e spiegazioni.

### **5.1.1 L'Organizzazione di Personalità da Disturbi Alimentari Psicogeni – DAPs**

L'Organizzazione di Personalità da Disturbo Alimentare Psicogeno è caratterizzata da una lettura di Sé e del mondo prevalentemente esterna e da uno stile relazionale contesto-dipendente. Ciò implica un senso di sé dai contorni vaghi e non ben definiti che porta i soggetti con questa organizzazione di personalità alla costante ricerca di conferme da parte delle figure significative e quindi a percepirsi come gli altri li giudicano, identificandosi con il giudizio esterno, fino ad anticiparlo e a comportarsi di conseguenza. La costruzione dell'identità si struttura, quindi, a partire dal riconoscimento esterno in base alla polarità *conferme/disconferme*, quindi, le emozioni che caratterizzano maggiormente tali soggetti sono quelle autocoscienti e autoriflessive di vergogna, di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa, che si sviluppano più tardi rispetto alle emozioni di base, quando, cioè, si sviluppano le capacità cognitive che consentono di riflettere su di sé. Tali emozioni sono frutto di una relazione d'attaccamento, con caratteristiche, più o meno evidenti, di incostanza e ambiguità, che rendono più difficile la messa a fuoco del mondo interno, soprattutto la distinzione tra ritmi psicofisiologici e attivazioni emotive. I pattern tipici di attaccamento riscontrabili in soggetti con organizzazione Daps sono: il *difeso evitante* nel sottotipo *compiacente (A4)*, il *coercitivo resistente (C)*, naturalmente il *sicuro (B)* e, in casi marcatamente disfunzionali il *disorganizzato* o *non integrato*. Come precedentemente detto, le figure d'attaccamento si caratterizzano per livelli, più o meno elevati, di incostanza, ambiguità e imprevedibilità. La sincronizzazione dei propri ritmi psicofisiologici con quelli del figlio risulta essere spesso difficile. Questo comporta una conseguente difficoltà del figlio a differenziare i propri ritmi psicofisiologici dalle attivazioni emotive e a riconoscere i pattern di esperienza



immediata. Da ciò deriva la tendenza di tali soggetti a mettersi a fuoco, modificando se stessi, sulle risposte e sulle aspettative dell'ambiente esterno. Nella storia di questi soggetti, dunque, solitamente si ritrova una figura d'attaccamento intrusiva e invischiante che fin dall'inizio limita la libera espressione delle proprie sensazioni fisiche creando la tendenza a ricevere dall'esterno la definizione di sé, dei propri desideri, dei propri bisogni, della propria identità personale. Il radicamento nelle proprie sensazioni fisiche, nel proprio sé corporeo sarà così carente. I soggetti che presentano un'organizzazione di personalità DAPs sono estremamente vulnerabili al giudizio personale e la loro stabilità/instabilità emozionale dipende dal rimando che arriva loro dalle figure significative. Il bisogno di essere confermati dalle figure significative, li porta a sviluppare la tendenza a mettersi costantemente sotto esame, confrontandosi con gli altri e rispecchiandosi in loro, pur vivendo sempre il timore di non piacere e di non riuscire ad ottenere l'approvazione desiderata e vissuta come necessaria. Si caratterizza come tematica centrale la ricerca di accontentare tutti e non dispiacere a nessuno, e il non riuscirci può essere vissuto come un fallimento personale, con modalità "tutto o nulla". Il riuscire a fare e a dimostrare qualcosa che possa avere il consenso, l'approvazione o l'ammirazione degli altri diventa un elemento centrale della costruzione dell'identità, e l'indicatore del proprio valore diventa il risultato, non tanto l'impegno messo nel conseguirlo. A questo consegue una difficoltà nel dire "no" collegata al timore di deludere gli altri e a una difficoltà nel rappresentarsi come persone "cattive" nel dispiacere gli altri dicendo di no ai loro bisogni. La valutazione di sé da parte di questi individui risulta eccessivamente dipendente dall'inseguimento e dal raggiungimento determinato di standard personali esigenti ed autoimposti, tratto di personalità definito come Perfezionismo Clinico, al fine di ottenere un giudizio positivo da parte degli altri significativi e come modalità per sopperire al costante senso di inadeguatezza. Il confronto con le figure significative serve anche a modulare e a riconoscere le proprie tonalità emotive che vengono espresse e riconosciute "veramente" come tali solo se hanno il conforto o una giustificazione nel comportamento delle persone con le quali ci si confronta.

Per questi soggetti il corpo riveste, quindi, un ruolo importante, dato che si configura come veicolo di accettazione o meno da parte dagli altri. Piacere di più vuol dire essere maggiormente accettati e integrati. Si sviluppa, quindi, una spiccata attenzione per il proprio corpo ed il proprio aspetto fisico, visto come elemento primario di come si può apparire (e piacere o meno) agli altri. Per i soggetti con organizzazione Daps il corpo svolge anche un'altra importante funzione: quella di essere un mezzo per attivare cure. Nelle storie cliniche di questi soggetti, infatti, ricorrono spesso

madri molto reattive allo stato di malattia e che quindi si dimostrano amorevoli, calde, attente e vicine quando il figlio si ammala. I sintomi psicosomatici, le malattie dei bambini, possono essere usati in senso relazionale come un modo per tenere orientata su di sé la propria figura d'attaccamento e avere dei momenti di vicinanza e intimità, per ovviare alla tipica incostanza che caratterizza i caregiver dei soggetti dappici. Il corpo, inoltre, rappresenta lo strumento primario per costruire la propria identità strutturandosi come l'unica via di conoscenza: tutto passa attraverso il corpo. Il corpo risulta perennemente al centro dei pensieri e condiziona l'intera esistenza del soggetto dato che il concentrarsi su di esso permette di spostare l'attenzione dalle difficoltà psicologiche, che non sono attrezzati ad affrontare, ad altri aspetti meno complicati da gestire.

I sentimenti intensi di inadeguatezza, incapacità e inconsistenza personale, che emergono nelle interazioni sociali ed affettive, vengono modulati anche attraverso una modificazione della propria immagine corporea. I soggetti utilizzano questa strategia in modo che l'esperienza di rifiuto, di delusione o di possibile disconferma possa essere indirizzata alla propria inaccettabilità estetica piuttosto che all'incapacità di essere amato e approvato (Guidano, 1991). L'attenzione sul proprio corpo e sul proprio peso evita la pericolosa definizione di sé.

Molto importante, quindi, in questo contesto, è il concetto di immagine corporea. Nei soggetti con disturbi alimentari psicogeni anche l'immagine corporea è fortemente disturbata e l'insoddisfazione per la propria immagine corporea risulta strettamente correlata, in modo inversamente proporzionale, alla stima di sé, dovuta ad un'iperfocalizzazione sul Sé Corporeo nella valutazione di se stessi.

È all'interno di questa particolare configurazione che il cibo diventa non semplicemente una fonte d'energia, ma anche un'entità alla quale vengono attribuiti molteplici significati, tanto da perde di vista ogni correlazione tra fame e sazietà. Nella storia di sviluppo il cibo e l'aspetto fisico diventano il campo neutro in cui poter controllare il proprio ambiente ed esporre le proprie esigenze; può diventare uno strumento di ricatto per i genitori, o avere una funzione consolatoria, di riempimento, di noia e solitudine. Il cibo diviene l'unico ambito in cui l'adolescente si sente padrone della sua persona, e rappresenta quindi, la caratteristica più frequente in questo tipo di organizzazione, variandone la sua manifestazione in relazione al sesso del soggetto (Moser & Pezzati, 2005).

I soggetti caratterizzati da organizzazione Daps, se sperimentano un disagio tale da non poter più essere coerentemente inserito nella propria narrativa personale, tendono a scompensare verso problematiche quali i disturbi alimentari psicogeni (anoressia, bulimia e obesità iperfagica) e i disturbi psicosomatici (Nardi, 2002; Strepparava e Rezzonico, 2005).

### **5.1.2 L'Organizzazione di Personalità Ossessiva**

I soggetti con Organizzazione di Personalità Ossessiva si caratterizzano per un senso di sé e del mondo a lettura spiccatamente interna e uno stile relazionale campo dipendente, con caratteristiche più o meno marcate di tipo dicotomico e ambivalente. I soggetti ossessivi si caratterizzano, quindi, per un senso di sé dicotomico, del tipo *“tutto o nulla”*, che si innesta in un contesto di ricerca della certezza e della perfezione per via di una esigenza interna, e non per ottenere l'accettazione da parte degli altri, come avviene per i dappici. La sensibilità al giudizio esterno che si viene a strutturare risponde esclusivamente ad un'esigenza teorica e logica del pensiero, esprimendo non la ricerca di una conferma esterna, ma piuttosto la ricerca della verifica della veridicità e della certezza delle proprie idee. Il bisogno di certezza e di perfezione si configura come una risposta ad un codice etico interno da cui è praticamente impossibile derogare, e si esprime anche nella tendenza ad escludere dalla consapevolezza il mondo emotivo, percepito come espressione di debolezza e irrazionalità, a vantaggio di quello logico analitico. La ricerca della perfezione, vista come una sorta di dovere, porta i soggetti con organizzazione ossessiva a ritenere che lo sforzo e l'impegno continuo più del risultato raggiunto. Le emozioni, quindi, tendono ad essere svalutate e tenute al di fuori del campo della consapevolezza, grazie a meccanismi di razionalizzazione, per cui vengono *“spiegate”* ed *“interpretate”*. Però in situazioni nelle quali i soggetti percepiscono sentimenti quali la perdita di controllo possono esperire rabbia, che si esprime nel contesto di un atteggiamento negativo verso un ambiente che viene vissuto o come non recettivo, e quindi svalutato, o come rifiutante, e quindi vissuto come ostile nei propri confronti. Il provare emozioni quali la rabbia o l'aggressività viene *“giustificato”* del fatto di viverle come una necessità e sono spesso connesse al controllo degli impulsi. Le attivazioni emotive prevalenti risultano, dunque, essere, come per i soggetti dappici, quelle di tipo prevalentemente autocoscienze e autoriflessivo.

I soggetti con organizzazione di personalità ossessiva si caratterizzano per pattern di attaccamento quali: il *coercitivo resistente o ambivalente (C)*, il *difeso evitante (A)*, nei sottotipi *genitoriale (A3)* e *compulsivamente autosufficiente (A5-6)*, naturalmente il *sicuro (B)* e, in casi particolarmente disfunzionali il *disorganizzato o non integrato (D)*.

Questi soggetti tendono ad ordinare l'esperienza sulla base di schemi generali interiorizzati, costituiti in prevalenza da regole ed assiomi, rispetto ai quali vengono confrontati gli atteggiamenti degli altri e tutte le ulteriori acquisizioni di esperienza. L'ambiente familiare è caratterizzato da una certa discrepanza tra la presenza di sollecitudine emozionale e la presenza di una forte analiticità e razionalità che fanno sì che al bambino non vengano sufficientemente fornite chiavi di lettura a tali sollecitudini. La figura accudente si rivela emotivamente distaccata ma pressante sul versante delle richieste e ciò porta il bambino a non riuscire a discriminare bene i ritmi psicofisiologici dalle attivazioni emotive di base, favorendo così l'emergere di emozioni autocoscienti e autoriflessive. All'interno di questa ambivalenza il senso di sé viene a costruirsi basandosi sulla capacità del bambino di riferire le esperienze vissute a principi generali e a regole certe, indipendenti dal contesto percettivo, il quale viene definito adeguatamente dagli stessi schemi impersonali interni. L'ambiente di sviluppo viene definito ambivalente in quanto l'atteggiamento del genitore si presta ad essere letto con due significati diametralmente opposti ma coesistenti. Nella figura d'attaccamento coesistono sentimenti opposti nei confronti del figlio, come dedizione e interessamento associati a freddezza e distacco emotivo. Ciò comporta che un senso di sé unitario possa essere ricavato solo in termini cognitivi, sviluppando una teoria soddisfacente su di sé e sul mondo. Nella relazione d'attaccamento il bambino sperimenta una forte richiesta di dedizione e di perfezione: le cose si fanno perché devono essere fatte, e si fanno come è giusto farle; tutto ciò che è naturale e spontaneo viene svalutato, mentre vengono incoraggiati codici etici di comportamento finalizzati alla perfezione. La perenne ambivalenza, inoltre, porta il soggetto a sviluppare un senso di sé anch'esso ambivalente, come di un soggetto che da un lato può essere amato, dall'altro non può esserlo. La percezione antitetica di sé e del genitore, con due polarità valide entrambe al 50%, influenzerà anche la successiva percezione del mondo e di sé, delineando anche il successivo scenario esistenziale dei soggetti ossessivi, sempre impegnati alla ricerca della perfezione sperimentando, nel contempo, l'impossibilità di raggiungere la perfezione ricercata. In questo contesto l'unico modo per sviluppare in senso di sé unitario risulta essere quello di sviluppare una tendenza a raggiungere quella certezza che consenta di considerare come inattendibili o irrilevanti le parti dicotomiche negative, secondo una

modalità “tutto o nulla”. Il fatto che in tali soggetti predomini la logica sulla pratica fa sì che il pensiero sia teso verso la perfezione e non le azioni; il senso della vita diviene la ricerca di come concepirla, più che l’esprimerla concretamente nel quotidiano. Come precedentemente detto, per raggiungere una percezione unitaria di sé i soggetti ossessivi sviluppano un bisogno costante di certezze in ogni settore dell’esperienza personale, acquisendo capacità relazionali logico-analitiche, e tenendo il mondo emozionale sempre sotto controllo attraverso meccanismi di razionalizzazione. La disciplina e la ricerca di regole e codici di comportamento assumono una grande importanza; il mondo viene visto come regolato da principi univoci, oggettivi, e predeterminati ai quali i soggetti ossessivi tendono ad aderire. La certezza, quindi, viene ricavata costantemente dalla corrispondenza con un ordine ritenuto “giusto” attraverso procedimenti di “sotto inclusione”: la realtà viene scomposta in dettagli che poi vengono assemblati e da questo assemblaggio viene ricavata la visione personale della realtà osservata. I soggetti ossessivi si caratterizzano, quindi, fin dai primi anni di scuola, per un perfezionismo a programma interno, non condizionato in modo diretto dal giudizio degli altri, ma definito su criteri esterni di tipo morale, ideale, religioso. Ciò non li porta a competere sul piano della sfida, ma a porsi su un piano superiore rispetto agli altri e ad essere per questo rispettati. Le esperienze che non consentono di inquadrare nella concezione di sé e del mondo anche qualche dettaglio, vengono percepite come perturbanti, producendo un senso di perdita di controllo, che può avviare una fase di instabilità critica più o meno marcata e duratura. Quindi, per esempio, ogni cambiamento repentino associato a temi di incontrollabilità produce uno scompenso, reso ancora più problematico dal non poter esprimere le emozioni disturbanti per non percepirsi come soggetti inadeguati o malvagi (Nardi, 2002).

### ***5.1.3 L’Organizzazione di Personalità Fobica***

L’Organizzazione di Personalità Fobica è caratterizzata da una lettura di sé e del mondo interna e da uno stile relazionale campo dipendente. I soggetti con tale organizzazione posseggono un pensiero spiccatamente concreto, con bassi livelli di astrazione, e sono orientati al controllo di un equilibrio dinamico tra due bisogni fondamentali e opposti: quello di sentirsi adeguatamente protetti e quello di essere sufficientemente liberi e indipendenti nel contesto di un modo vissuto comunque come potenzialmente pericoloso. Ogni alterazione di questo equilibrio porta all’attivazione di emozioni quali la paura e l’ansia, che vengono spesso somatizzate. La paura, che si configura come l’emozione caratteristica di questo tipo di organizzazione di personalità, si

struttura come un elemento che continuamente rinforza l'attaccamento, dato che un bambino spaventato interrompe la sua esplorazione, indotta dalla curiosità, per mantenere la vicinanza con la figura d'attaccamento, ovvero la base sicura. Il senso di sé, quindi, risulta essere marcatamente sensoriale e fortemente legato a contesti concreti, a discapito delle capacità di astrazione. La percezione di sé avviene attraverso la regolazione della distanza tra avvicinamenti e allontanamenti dalle figure significative e dai contesti ambientali familiari, mantenendo un costante controllo di questi parametri. Le situazioni in cui questo controllo viene meno vengono percepite come perturbanti.

I soggetti con organizzazione di personalità fobica si caratterizzano per pattern di attaccamento quali: il *coercitivo o resistente* (C), naturalmente il *sicuro* (B) e, in casi marcatamente disfunzionali, il *disorganizzato o non integrato* (D). Il contesto d'accudimento è caratterizzato da margini emotivi ben definiti, sia in positivo che in negativo, e ciò comporta la precoce messa a fuoco delle emozioni di base nei pattern di esperienza immediata. Ne deriva una tendenza del soggetto a mettere a fuoco attraverso la propria continuità la variabilità ambientale. La figura di accudimento è caratterizzata da una tendenza a limitare il comportamento esplorativo del bambino, assumendo comportamenti di tipo iperprotettivo, caratterizzati da una tendenza a spaventare il bambino, piuttosto che tutelarlo, per cui, di fatto, nel momento del bisogno la protezione non si manifesta, o di tipo rifiutante. Nel primo caso la coercizione e la restrizione perpetrati dal genitore vengono lette dal bambino come espressioni dell'essere amato, mentre nel secondo l'atteggiamento dei genitori induce nei figli una sorta di "attaccamento invertito" per cui sono i figli a prendersi cura dei genitori per paura di perderli. In questo ultimo caso il figlio comincia ad esercitare in maniera coercitiva un controllo sull'imprevedibilità del genitore, vissuto come inaffidabile, inducendo nel soggetto la tendenza a fidarsi solo di quello che percepisce e non di quello che gli viene detto. In ogni caso le relazioni di attaccamento dei soggetti fobici si strutturano principalmente sulla dimensione fisica e quindi sul mantenimento della prossimità, con conseguente limitazione del comportamento esplorativo. Ciò comporta il fatto che il mondo esterno venga vissuto costantemente come estraneo, pericoloso, pieno di minacce ed insidie, fino ad essere vissuto come esplicitamente ostile. Da qui deriva la paura, più o meno evidente di perdere il contatto con le figure di accudimento, ogni volta che si è spinti a mettere in atto comportamenti esplorativi. La conseguenza diretta a tale paura porta i soggetti a sperimentare contemporaneamente due bisogni contrapposti: la ricerca di prossimità e protezione da un lato, e la tendenza ad esplorare e conquistare spazi di libertà, individuando contemporaneamente nuove basi sicure dall'altro.

Il tipo di pensiero che caratterizza i soggetti fobici, ovvero il pensiero concreto, li spinge ad evitare le esperienze che possono portare a superare i limiti della stabilità del rapporto protezione/libertà attraverso un controllo tendenzialmente rigido delle situazioni, diffidando, quindi, da tutto ciò che rappresenta novità e situazioni non familiari. Da ciò deriva una tendenza a decodificare i modo sensoriale anche le emozioni e ad una ridotta elaborazione cognitiva degli schemi emozionali. Nel periodo adolescenziale, con l'emergere del pensiero astratto, i soggetti fobici sono portati a sentirsi protagonisti attivi della realtà; e cominciano a esercitare un controllo su ogni esperienza che possa portarli a sentirsi deboli e dipendenti. Attraverso il controllo delle proprie senso-percezioni e delle proprie emozioni, quindi, continua ad esprimersi la loro fiducia nella propria competenza ed efficienza, anzitutto sul piano fisico e della salute. Lo spirito di avventura e l'intraprendenza progettuale, che confermano un buon senso di sé e della propria affidabilità adattiva, possono essere incentivate, previa assunzione delle dovute precauzioni e ricerca di punti di riferimento affidabili. A volte è possibile che si instauri una sfida personale a confrontarsi con un limite sempre più lontano o ardito, in una continua "giostra" tra la tendenza a ricercare punti di riferimento affidabili e metter in atto ogni precauzione possibile contro i pericoli e i rischi del mondo e la volontà di liberarsi dai vincoli, per esempio attraverso viaggi, sport e impegni professionali, così che il soggetto si trova costretto ad attuare strategie che gli consentano di gestire entrambe le tendenze attraverso la regolazione della distanza fisica ed emozionale. A livello affettivo la conseguenza di tali bisogni si manifesta nella costruzione di relazioni piuttosto caratteristiche, cercando un partner affidabile, soprattutto sul piano concreto, e disponibile, capace comunque di tollerare gli spazi di libertà di cui i soggetti fobici necessitano. Questi soggetti sono quindi impegnati costantemente nella ricerca della "giusta" distanza dagli altri, essa infatti non deve essere eccessiva, altrimenti si attiverrebbero perturbazioni critiche legate al senso di abbandono, ma neanche limitata, per non attivare perturbazioni legate al senso di costrizione. Nel corso del ciclo di vita si affina la capacità di controllare gli aspetti più significativi dell'esperienza e si attuano strategie mirate a conoscere, nei limiti del possibili, le situazioni nuove tendendo però a ricercare una routine affidabile. Da ciò deriva che le situazioni nelle quali si esperisce un senso di abbandono o di costrizione, reale o immaginario, sono quelle che creano perturbazioni nei soggetti fobici. Gli scompensi che da esse conseguono si esprimono attraverso un senso di perdita di controllo e con sintomi che sono spesso di tipo fisico o somatico e si manifestano a carico di uno specifico distretto dell'organismo. Il senso soggettivo di perdita di controllo viene riferito ad aspetti concreti della propria esperienza ed è descritto come qualcosa di temuto da fronteggiare.

Ciò genera ansia che può essere canalizzata attraverso il pensiero concreto, caratteristico dei fobici, in sintomi somatici “oggettivamente” documentabili che esprimono il disagio percepito a livello tacito in forma indiretta e simbolica (Nardi, 2002).

#### **5.1.4 L'Organizzazione di Personalità Depressiva**

L'Organizzazione di Personalità depressiva è caratterizzata da una lettura di sé e del mondo interna e da uno stile relazionale campo indipendente. I soggetti depressivi sperimentano un forte senso personale di separazione rispetto agli altri che li porta a ritenere di essere a rischio di sperimentare delusioni, sconfitte e perdite nel corso della vita. Gli avvenimenti discrepanti tendono ad essere, quindi, elaborati in termini di perdita e le risposte caratteristiche ad eventi perturbanti, anche apparentemente poco significativi, sono legate ad attivazioni emotive di tristezza, rabbia o addirittura disperazione. L'esperire emozioni contrastanti quali la rabbia e la disperazione porta questi soggetti ad oscillare continuamente tra avvicinamenti e allontanamenti. I primi sono indotti dalla disperazione e si associano a rallentamento psicomotorio che può arrivare fino allo stupor. Gli allontanamenti sono indotti dalla rabbia e si associano a separazioni e rottura del rapporto nel contesto di una iperattivazione psicomotoria. L'immagine di sé, del mondo e del futuro che si viene a creare è quindi stabilente negativa e prescinde dagli altri e dal loro rimando.

I soggetti con organizzazione depressiva sono caratterizzati da pattern di attaccamento quali: il *difeso* o *evitante*, soprattutto nei sottotipi fisicamente e psicologicamente *inibito* (A1, A2) e *genitoriale* (A3), dove la figura principale di accudimento si percepita come fredda, evitante, abbandonica inducendo nel soggetto l'elaborazione di un senso personale di separazione, di distacco e di perdita, il *sicuro* (B), sia sul versante reattivo che inibito, e in casi marcatamente disfunzionali, il *disorganizzato* o *non integrato* (D). Nel caso di attaccamento *evitante* del sottotipo A1 e A2 i bambini imparano fin dai primi periodi di vita a limitare l'espressione dei loro bisogni e a dissimulare le proprie emozioni negative percependo che, anche in situazioni di difficoltà e vulnerabilità, devono provvedere a loro stessi per evitare di sperimentare una mancanza di attenzione o un rifiuto da parte delle figure di riferimento che appaiono fredde e rifiutanti. I bambini *genitoriali*, invece, rispondono ad una figura d'accudimento rifiutante, o comunque distaccata e scarsamente accudente, accandovisi e prendendosene cura; si verifica così



un'inversione della relazione accudente/accudito con il figlio che diventa colui che si prende cura del genitore. In tal caso il bambino sperimenta un controllo anaffettivo da parte del genitore caratterizzato da indifferenza, intransigenza, freddezza e punizioni. Il genitore tende a caricare di responsabilità il figlio senza dargli il supporto emotivo per poterle affrontare. In ogni caso i soggetti depressivi sperimentano un attaccamento caratterizzato da una esperienza precoce e traumatica di separazione e distacco e si percepiscono come persone che difficilmente e solo con notevoli sforzi possono ottenere un attaccamento stabile, che comunque viene messo frequentemente in discussione o è visto come potenzialmente sempre reversibile. Il senso di sé viene modulato sulla capacità di prevenire o gestire le situazioni di rifiuto e di abbandono, mantenendo la propria coerenza interna attraverso la gestione delle proprie tonalità emotive, e si sviluppa la tendenza a fidarsi in maniera preponderante delle proprie cognizioni e della propria capacità di razionalizzare e spiegare gli eventi vissuti. I soggetti con organizzazione depressiva presentano fluttuazioni del tono dell'umore, che si alterna tra il depresso e l'euforico. Queste rivestono, soprattutto nel periodo adolescenziale, un valore normativo sulla maturazione agendo in particolare sull'assemblaggio degli schemi emozionali, sull'orientamento in senso attivo (di sfida) o passivo (abbandonino) del comportamento e dello stile affettivo e relazionale. Il processo di costruzione dell'identità si accompagna, e su questi si struttura, a bruschi e transitori abbassamenti del tono dell'umore, anche detti "depressione fisiologica" che si configurano come l'espressione di riassetti critici dell'equilibrio interno, in rapporto alle modalità soggettive di assimilare e di riferire a sé l'esperienza vissuta. In base alle modalità, più o meno adattive, con cui i soggetti affrontano, autoriferendo e integrando nel sé, le esperienze immediate a tonalità depressiva si produrranno effetti positivi o negativi sui loro aspetti evolutivi, indirizzandoli verso il conseguimento di un nuovo equilibrio più complesso e integrato, o piuttosto verso lo sviluppo di disturbi psicopatologici di vario tipo e gravità. Il senso autoreferenziale di separazione rispetto agli altri che caratterizza i soggetti depressivi porta alla costruzione autopoietica di un progetto di vita attraverso la propria autosufficienza e alla tendenza a percepire l'esperienza come oggettivamente univoca e definita e non come una delle molteplici possibilità di raccontarsi la propria storia. Si sviluppa quindi la credenza che il mondo esterno non possa cambiare, l'unica cosa che può modificarsi è il proprio comportamento. Gli episodi che vengono percepiti come perdita, ovvero quelli che più spesso conducono a scompensi clinici, vengono avvertiti come una responsabilità personale e la solitudine che ne deriva è vissuta come una conferma della propria inaiutabilità; ci si sente diversi per qualcosa di sbagliato che si ha dentro. La conseguenza al senso

di solitudine esperito è la ricerca di una forte motivazione personale in termini di competenza; la lotta, l'impegno, lo sforzo diventano il centro di una filosofia di vita. La sensazione di isolamento personale e di scarsa attitudine a gestire le proprie esperienze interpersonali significative fa sì che questi soggetti sperimentino difficoltà nelle relazioni con gli altri e li spinge ad anticipare fallimenti e rifiuti. Si sviluppa, quindi, la tendenza ad evitare gli investimenti affettivi, per prevenire la reazione di lutto conseguente alla fine del rapporto vista come un destino pressoché certo. In questa organizzazione gli scompensi si manifestano con un senso di disperazione che tende ad essere generalizzata e a coinvolgere tutti i settori dell'esperienza fino a comprendere l'intera esistenza passata, presente e futura. Durante gli scompensi questi soggetti si caratterizzano per un controllo inadeguato della rabbia che li porta ad oscillare tra autoimputazione e autocommiserazione fino a spingerli a mettere in atto comportamenti autolesivi, ivi compreso l'abuso di alcol o droghe al fine di "anestetizzarsi" o per ricercare qualcosa di alternativo alla vita reale, fino al suicidio. Ai gesti autolesivi a volte si associano comportamenti eterolesivi. In caso di esiti positivi lo scompenso si risolve grazie all'elaborazione dell'esperienza di delusione, con un maggiore controllo dell'esperienza, via via che l'evento discrepante si allontana nel tempo, anche se spesso si raggiunge un equilibrio caratterizzato da margini ristretti che espone al rischio di recidive di fronte a nuove e anche minime percezioni di delusioni e perdita. A livello clinico gli scompensi DEP si esprimono soprattutto attraverso i disturbi dell'umore, talvolta attraverso disturbi psicotici di tipo delirante

## **5.2 I disturbi del Comportamento Alimentare in un'ottica Cognitivo Costruttivista**

Secondo il costruttivismo, come precedentemente illustrato, i pazienti che rientrano nell'ambito diagnostico dei Disturbi del Comportamento alimentare vengono inquadrati in un unico continuum. Essi, infatti, condividono sia specifici meccanismi psicologici che una modalità peculiare di percepire l'esperienza e di attribuirvi significati particolari. È, quindi, possibile parlare di un inquadramento dei DCA in una categoria nosografica globale, cui è sottesa una comune organizzazione della conoscenza creatasi all'interno della cultura di matrice occidentale, pur con forme di espressione individuale che portano a manifestazioni comportamentali diverse.

Le persone affette da DCA si situano lungo il continuum a seconda delle loro manifestazioni sintomatologiche, del livello di attività/passività, e dell'attribuzione interna/esterna.

L'anoressia è caratterizzata da una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita, associata a un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa è tipicamente esterna con atteggiamento di autosufficienza e di lotta a oltranza contro un mondo disconfermante. Al contrario, l'obesità psicogena è caratterizzata da una motricità rallentata, con una modalità particolarmente passiva di affrontare la vita; l'attribuzione causale di colpa è interna con un senso di sconfitta pervasivo, per cui le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a sé (Blanco, Canestri e Reda, 2005).

In particolar modo, per i soggetti che sviluppano un Binge Eating, le abbuffate sono la risposta al disagio del soggetto: alle emozioni negative, alle convinzioni disfunzionali sull'ineluttabilità del proprio stato e sull'impossibilità di avere altre gioie dalla vita se non quelle legate alla gratificazione proveniente dal cibo, all'incapacità di riconoscere gli stati interni e differenziare le sensazioni fisiche dalle emozioni. Il cibo assume quindi svariate connotazioni: è un ansiolitico, un modo per autopunirsi per non essere riusciti a raggiungere gli obiettivi desiderati, è una compensazione, un'autogratificazione, un equivalente affettivo, un mezzo per perpetuare un'illusione di controllo sulla realtà ed un capro espiatorio rispetto a problemi relazionali. Anche il legame tra valore personale e immagine corporea assume caratteristiche peculiari. Se per l'anoressia e la bulimia il controllo è il tema dominante, per i soggetti con binge eating prevale il senso di inadeguatezza e impotenza. Si percepiscono come estremamente deboli, in balia della volontà altrui, hanno perso ogni speranza di riuscire a controllare la realtà, compresi il cibo ed il peso. Il Sé è profondamente eterodefinito: i soggetti si specchiano nello sguardo altrui per avere conferma del loro valore e la disapprovazione (sostenuta anche dalle imposizioni relative agli ideali di bellezza della società moderna, per cui un corpo grasso non è bello) genera un profondo disorientamento (Guidano, 1987; Bara, Beretta, Stoppa, 1996) ma il bisogno di approvazione si scontra con il timore di essere invaso e disconfermato (Guidano, 1987). Le alternative sono: adeguarsi per essere accettato, ma non potersi affermare se stessi, oppure opporsi, affermarsi, ma non essere accettato.

Nei binge eaters il corpo non è un nemico da annientare come nell'anoressia o uno scomodo strumento di seduzione come per la bulimia, ma una fastidiosa e inutile appendice del proprio Sé che porta con sé solo sensazioni sgradevoli. Si sviluppa, quindi, un'attenzione selettiva che porta a

cogliere ed amplificare le afferente negative e a ignorare le sensazioni positive, salvo quelle che vengono dal cibo. Ma anche la gratificazione del cibo si trasforma in qualcosa di negativo; emerge, infatti, il senso di colpa. Se ci si deve compiacere soltanto di ciò che è apprezzato dagli altri, un corpo obeso non può avere una valenza positiva, quindi, tutto ciò che lo concerne non può essere gradevole.

Emerge chiaramente che qualsiasi approccio ai DCA per poter essere davvero efficace deve concentrarsi non solo sulla riduzione della sintomatologia comportamentale ma anche, e soprattutto, sui meccanismi di pensiero disfunzionali, sui tratti di personalità tipici dei soggetti affetti da dca, e sulle difficoltà con le emozioni che si configurano come fattori di mantenimento del disturbo.

## 6 LA RICERCA

### 6.1 Scopo della Ricerca

Dalla dissertazione che è stata fatta nella prima parte di questo elaborato risulta chiaro che un programma di intervento che miri a ridurre la prevalenza di sovrappeso e obesità deve essere di tipo multidisciplinare.

Da un lato sono necessari interventi di tipo nutrizionale; partendo dalla prescrizione di un programma dietetico ipocalorico al quale, però, è necessario che si accompagni anche un percorso di counselling nutrizionale. Ciò permette ai pazienti di imparare a gestire la loro alimentazione, secondo i dettami di una sana e corretta alimentazione, nella vita quotidiana e in tutte le situazioni, sociali e non, che questa può comportare, anche al di là del periodo di “dieta”. Dall’altro lato è, però, fondamentale affiancare agli interventi nutrizionali uno screening di valutazione rispetto all’eventuale presenza di comportamenti di binge eating. Se questi sono presenti è di fondamentale importanza, per l’efficacia degli interventi nutrizionali, che il paziente possa usufruire anche di un percorso psicologico.

Al fine di poter progettare un intervento psicologico che possa aiutare i pazienti affetti da binge eating a ridurre e gestire tali comportamenti, riteniamo che sia necessario indagare quale ruolo abbiano, nella loro genesi, i sintomi ansiosi, i sintomi depressivi e la difficoltà di regolazione delle emozioni. Dato che la disregolazione emotiva è un costrutto multifattoriale riteniamo che sia di fondamentale importanza individuare quali sue componenti svolgano un ruolo cruciale nello spiegare i comportamenti di binge eating al fine di poter costruire un intervento che si focalizzi, in modo mirato, alla riduzione degli aspetti della disregolazione emotiva che si configurano come fattori di rischio per i comportamenti di binge eating.

## 6.2 Metodo

### 6.2.1 Procedura e Soggetti

Il campione è stato reclutato all'interno della popolazione afferente al Centro ICANS – International Center for the Assessment of the Nutritional Status, centro di ricerca del DeFENS – Dipartimento per gli Alimenti la Nutrizione e l'Ambiente, della Facoltà di Agraria, dell'Università degli Studi di Milano. Il centro si occupa dello studio e della valutazione della composizione corporea e dello stato nutrizionale di persone sane e affette da patologie cronico-degenerative e dello sviluppo di percorsi dietoterapici. Il campionamento è stato di tipo sistematico.

All'atto della prima visita presso il centro, ogni paziente è stato sottoposto a:

- rilevazione dei dati anagrafici e sociodemografici
- anamnesi medica che comprende:
  - o anamnesi personale
  - o anamnesi familiare
  - o anamnesi ponderale
- accertamento dello stato nutrizionale attraverso:
  - o misurazione antropometrica (peso, altezza, BMI, % massa grassa, circonferenza vita)
  - o impedenza bioelettrica
- misurazione del tessuto adiposo addominale viscerale attraverso ecografia dell'addome
- misurazione del dispendio energetico attraverso calorimetria indiretta
- indagine dei consumi alimentari attraverso un'anamnesi dietetica che prevede:
  - o valutazione del tipo di alimentazione seguita dal paziente attraverso domande dirette fatte al paziente da una dietista esperta (ad esempio: Fa colazione? Cosa mangia a colazione di solito? Cosa mangia di norma a pranzo? A che ora mangia di solito? Fa degli spuntini tra la colazione e il pranzo? Etc.)
  - o inchiesta sui gusti alimentari
- valutazione psicometrica attraverso una batteria testistica volta ad indagare la presenza di:
  - o ansia di tratto
  - o ansia di stato
  - o sintomi disforici e depressivi

- comportamenti di binge eating
- disregolazione emotiva

(per una trattazione più esaustiva dei questionari della batteria si veda il paragrafo “Materiali”

Il campionamento è stato effettuato sui pazienti afferenti presso il centro dal 17/07/2008 al 12/09/2013

Hanno compilato i test psicologici tutti i pazienti che avessero un’età pari o superiore ai 13 anni e che possedessero le capacità fisiche e cognitive per poter compilare la batteria.

Lo studio è stato condotto in accordo con i parametri definiti dalla Dichiarazione di Helsinki e tutti i soggetti hanno firmato il consenso informato.

## **6.2.2 Materiali**

### VALUTAZIONE ANTROPOMETRICA:

Il peso corporeo è stato rilevato mediante bilancia a stadera

L’altezza è stata misurata mediante stadiometro

A partire dal peso e dall’altezza è stato calcolato il BMI (  $BMI = \text{altezza (m}^2) / \text{peso (Kg)}$ )

La massa grassa è stata stimata attraverso la plicometrica, ovvero la misurazione in triplicato delle quattro pliche fondamentali (bicipitale, tricipitale, sotto-scapolare e sovra-iliaca) mediante plicometro. Per ogni plica è stato calcolato il valore medio ed è stato inserito nella formula di Durning e Womersley per la misurazione della percentuale di massa grassa corporea.

### BATTERIA PSICOLOGICA:

Tutti i soggetti sono stati valutati su 5 costrutti: ansia (di stato e di tratto), depressione, binge eating e difficoltà nella regolazione emotiva (il testo completo dei test utilizzati è stato inserito in Appendice A).

## **State Trait Anxiety Inventory – Forma X1 (STAI –X1)**

(Spielberger e coll., 1983; trad. It. Lazzari e Pancheri – tratto da Cognitive-Behavioral Assessment – CBA 2.0 di Sanavio e coll., 1985 )

È un questionario autosomministrato composto da 20 item; 10 registrano la presenza di ansia di stato e 10 la sua assenza. Per ansia di stato si intende “... uno stato transitorio emozionale o ... condizione dell’organismo umano, caratterizzata da sentimenti soggettivi percepiti a livello cosciente di tensione ed apprensione, e dall’aumentata attività del sistema nervoso autonomo. Può variare nel tempo e fluttuare nel tempo” (Spielberger e coll., 1970). Al soggetto viene chiesto di rispondere in base a come si sente al momento della compilazione. Per ogni item è possibile rispondere attraverso la scelta di uno dei quattro possibili livelli di intensità, ovvero quello che esprime il grado di accordo con l’affermazione stessa (risposta su scala Likert a 4 punti: per nulla; un poco; abbastanza; moltissimo). Ad ogni risposta viene attribuito un punteggio: da 1 a 4 per gli item che rilevano la presenza di sintomi e da 4 a 1 per quelli che rilevano l’assenza. Il punteggio totale ottenuto, attraverso la somma dei punteggi ai singoli item, dal soggetto è direttamente proporzionale alla presenza effettiva di stati d’ansia e può essere compreso tra 20 e 80.

Ad ogni punteggio grezzo è possibile attribuire un valore percentile, in base alle tabelle riportate nel manuale del CBA 2.0 – Cognitive Behavioural Assessment 2.0.

Un punteggio pari o superiore al 99° percentile indica un livello di ansia di stato tale da rendere non valida l’intera batteria di test per via degli effetti disorganizzanti dell’ansia che il soggetto potrebbe aver subito durante la compilazione del protocollo (come suggerito da Sanavio, in “Le Scale CBA. Cognitive Behavioural Assessment: un modello di indagine psicologica multidimensionale, Ed: Raffaello Cortina Editore, 2002)

### **Verifica dell’attendibilità del test**

Al fine di valutare il grado di attendibilità del test sul campione da noi preso in esame è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach che è risultato pari a .899. Il valore di alpha aumenterebbe a .90 se si eliminassero l’item 8, l’item 14 e l’item 19. I valori di alpha riportati nel manuale del CBA sono pari a .92 se calcolati su un campione normativo composto da 720 soggetti (51,9% maschi, N = 374 e 48,1% femmine, N = 346) di età compresa tra i 16 e gli 80 anni,



provenienti dal Nord Italia. Sul campione di pazienti somatici, composto da 204 pazienti ricoverati in trattamento riabilitativo i valori di alpha risultano pari a .91. La tabella 1 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
STAI_X1_1_REV	34,98	61,502	,631	,892
STAI_X1_2_REV	34,94	62,021	,574	,893
STAI_X1_5_REV	34,96	60,655	,655	,891
STAI_X1_8_REV	34,43	63,219	,369	,900
STAI_X1_10_REV	34,92	62,682	,526	,895
STAI_X1_11_REV	34,85	62,310	,528	,895
STAI_X1_15_REV	34,77	59,786	,717	,889
STAI_X1_16_REV	34,77	63,333	,435	,897
STAI_X1_19_REV	34,45	63,479	,354	,900
STAI_X1_20_REV	34,88	63,032	,534	,895
STAI_X1_3	35,37	61,191	,608	,892
STAI_X1_4	35,39	63,205	,363	,900
STAI_X1_6	35,71	63,332	,540	,895
STAI_X1_7	35,48	63,540	,376	,899
STAI_X1_9	35,19	60,364	,589	,893
STAI_X1_12	35,42	60,453	,663	,891
STAI_X1_13	35,54	61,145	,648	,891
STAI_X1_14	35,73	62,597	,601	,893
STAI_X1_17	35,35	61,390	,581	,893
STAI_X1_18	35,88	66,199	,350	,899

Tab. 1: Consistenza interna della scala Stai-X1 – analisi sugli item

## **State Trait Anxiety Inventory – Forma X2 (STAI –X2)**

(Spielberger e coll., 1983; trad. It. Lazzari e Pancheri – tratto da Cognitive-Behavioral Assessment – CBA 2.0 di Sanavio e coll., 1985)

È un questionario autosomministrato composto da 20 item; 13 registrano la presenza di ansia di tratto e 7 la sua assenza. Quando si parla di ansia di tratto ci si riferisce a “differenze individuali relativamente stabili, nella disposizione verso l’ansia, cioè a differenze tra le persone nella tendenza a rispondere con elevazioni dell’intensità dell’ansia di stato a situazioni percepite come minacciose” (Spielberger e coll., 1970. )Al soggetto viene chiesto di rispondere in base a come si sente abitualmente. Per ogni item è possibile rispondere attraverso la scelta di uno dei quattro possibili livelli di intensità, ovvero quello che esprime quanto spesso ci si senta in quel modo (risposta su scala Likert a 4 punti: quasi mai; qualche volta; spesso; quasi sempre). Ad ogni risposta viene attribuito un punteggio: da 1 a 4 per gli item che rilevano la presenza di sintomi e da 4 a 1 per quelli che rilevano l’assenza. Il punteggio totale ottenuto, attraverso la somma dei punteggi ai singoli item, dal soggetto esprime quando tenda ad essere caratterizzato da ansia di tratto e può essere compreso tra 20 e 80.

Ad ogni punteggio grezzo è possibile attribuire un valore percentile, in base alle tabelle riportate nel manuale del CBA 2.0 – Cognitive Behavioural Assessment 2.0.

Un punteggio pari o superiore al 95° percentile indica la presenza di sintomi ansiosi clinicamente significativa.

### **Verifica dell’attendibilità del test**

Al fine di valutare il grado di attendibilità del test sul campione da noi preso in esame è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach che è risultato pari a .89. Il valore di alpha aumenterebbe a .893 se si eliminasse l’item 14 mentre eliminando l’item 19 si avrebbe un valore di alpha pari a .891. I valori di alpha riportati nel manuale del CBA sono pari a .90 se calcolati su un campione normativo composto da 720 soggetti (51,9% maschi, N = 374 e 48,1% femmine, N = 346) di età compresa tra i 16 e gli 80 anni, provenienti dal Nord Italia. Sul campione di pazienti somatici, composto da 204 pazienti ricoverati in trattamento riabilitativo i valori di alpha risultano pari a .92. La tabella 2 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
STAI_X2_1_REV	37,44	76,019	,530	,884
STAI_X2_6_REV	36,77	76,099	,453	,886
STAI_X2_7_REV	37,14	73,586	,616	,881
STAI_X2_10_REV	37,27	75,472	,547	,883
STAI_X2_13_REV	37,19	73,471	,641	,880
STAI_X2_16_REV	37,29	75,266	,608	,882
STAI_X2_19_REV	37,18	76,827	,336	,891
STAI_X2_2	37,14	76,753	,410	,888
STAI_X2_3	37,88	77,106	,509	,885
STAI_X2_4	37,78	75,631	,531	,884
STAI_X2_5	37,77	77,445	,426	,887
STAI_X2_8	37,70	76,040	,563	,883
STAI_X2_9	37,51	75,398	,523	,884
STAI_X2_11	37,58	75,894	,544	,883
STAI_X2_12	37,56	73,956	,604	,881
STAI_X2_14	37,69	79,204	,234	,893
STAI_X2_15	37,69	75,434	,606	,882
STAI_X2_17	37,70	77,510	,422	,887
STAI_X2_18	37,48	74,258	,538	,884
STAI_X2_20	37,25	74,854	,560	,883

Tab. 2: Consistenza interna della scala Stai-X2 – analisi sugli item

## **Questionario D (QD)**

(Bertolotti e coll., 1985 - tratto da Cognitive Behavioural Assessment 2.0 - CBA 2.0 di Sanavio e coll., 1985)

È un questionario autosomministrato, costruito per la rilevazione di sintomi disforici e depressivi su campioni italiani, appositamente costruito per essere inserito all'interno della batteria CBA. È composto da 24 item; 22 ne indicano la presenza e 2 l'assenza. Le affermazioni contenute nel questionario si riferiscono a tematiche quali: la perdita di interesse per le attività abituali; la diminuzione dell'efficienza, della frequenza e della velocità nelle attività abituali; affaticabilità e stanchezza; tendenza a piangere e lamentarsi; distorsioni cognitive, convinzioni di abbandono e pessimismo circa il futuro; disturbi del sonno, dell'appetito e lamenti somatici; umore triste e depresso; pensieri di inutilità della vita e di suicidio. Al soggetto viene chiesto se le affermazioni presenti nel test descrivono correttamente o meno la sua attuale condizione di vita. Le risposte sono dicotomiche (sì; no) e viene attribuito il punteggio 0 alle risposte negative e 1 alle risposte positive (fatta eccezione per gli item reverse – 6 e 9 dove alla risposta affermativa viene assegnato il punteggio 0 e a quella negativa 1). Il punteggio finale, ottenuto attraverso la somma dei punteggi dei singoli item, varia tra 0 e 24 ed è direttamente proporzionale alla presenza effettiva di sintomi disforici e depressivi.

Ad ogni punteggio grezzo è possibile attribuire un valore percentile, in base alle tabelle riportate nel manuale del CBA 2.0 – Cognitive Behavioural Assessment 2.0.

Un punteggio pari o superiore al 95° percentile indica la presenza di sintomi disforici e depressivi clinicamente significativa.

## **Verifica dell'attendibilità del test**

Al fine di valutare il grado di attendibilità del test sul campione da noi preso in esame è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach che è risultato pari a .799. Il valore di alpha aumenterebbe a .80 se si eliminassero l'item 9 e l'item 22. I valori di alpha riportati nel manuale del CBA sono pari a .86 se calcolati su un campione normativo composto da 720 soggetti (51,9% maschi, N = 374 e 48,1% femmine, N = 346) di età compresa tra i 16 e gli 80 anni, provenienti dal Nord Italia. Sul campione di pazienti somatici, composto da 204 pazienti ricoverati in trattamento riabilitativo i valori di alpha risultano pari a .87. La tabella 3 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
QD_1	4,25	12,855	,214	,798
QD_2	4,14	11,980	,451	,786
QD_3	4,05	11,828	,436	,787
QD_4	4,18	12,184	,419	,788
QD_5	3,90	11,458	,505	,782
QD_6_REV	4,09	12,447	,252	,798
QD_7	3,93	12,080	,316	,795
QD_8	4,27	12,735	,315	,794
QD_9_REV	4,33	13,324	,083	,800
QD_10	4,14	12,391	,299	,795
QD_11	4,22	12,704	,250	,796
QD_12	4,26	12,696	,326	,793
QD_13	4,27	12,749	,299	,794
QD_14	4,07	11,781	,466	,785
QD_15	4,31	12,961	,303	,795
QD_16	3,92	11,628	,456	,785
QD_17	4,26	12,626	,344	,792
QD_18	4,30	13,082	,195	,798
QD_19	4,04	11,794	,440	,786
QD_20	4,31	13,113	,200	,798
QD_21	4,23	12,434	,386	,790
QD_22	4,34	13,315	,138	,800
QD_23	4,07	12,097	,357	,792
QD_24	4,09	11,837	,459	,785

Tab. 3: Consistenza interna della scala QD – analisi sugli item

### Binge Eating Scale (BES)

(Gormally e coll., 1982; trad. It Di Bernardo e coll., 1997)

È un questionario autosomministrato che valuta la presenza e la severità di comportamenti di binge eating. È composto da 16 gruppi di affermazioni: 8 valutano gli aspetti comportamentali del soggetto (modo di mangiare, mangiare di nascosto); 8 valutano i sentimenti ed i pensieri del soggetto rispetto al suo modo di alimentarsi. Ogni gruppo di affermazioni è costituito da 4 alternative (le alternative sono solo tre per gli item 6 e 16) che descrivono atteggiamenti diversi verso il cibo in ordine crescente di gravità (il punteggio che può essere attribuito a ciascun'affermazione oscilla tra 0 = assenza di problemi di binge eating e 3 = presenza di severi

problemi di binge eating). Il soggetto viene invitato a scegliere tra le affermazioni presenti in ogni gruppo quella che meglio descrive il suo comportamento alimentare o i sentimenti e i pensieri ad esso associati che meglio lo caratterizzano. Sommando i punteggi relativi alle alternative scelte dal soggetto si ottiene il punteggio totale del test. Il punteggio totale può oscillare tra 0 e 46. In base al lavoro svolto da Marcus e coll., nel 1988 è possibile identificare dei punteggi di cut-off per la Bes: un punteggio  $\leq$  a 17 indica assenza di Binge Eating, un punteggio compreso tra 18 e 26 indica la presenza di un moderato binge eating e punteggi  $\geq$  a 27 indicano la presenza di un severo binge eating, inoltre, i pazienti che ottengono punteggi così elevati soddisfano i criteri per porre diagnosi di BED.

### Verifica dell'attendibilità del test

Al fine di valutare il grado di attendibilità del test sul campione da noi preso in esame è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach che è risultato pari a .856. Il valore di alpha aumenterebbe a .864 se si eliminasse l'item 2. I valori di alpha riportati nell'articolo di validazione della versione italiana sono pari a .72 in soggetti affetti da BED (N = 28; 23 femmine e 5 maschi; età media = 38,2, DS = 13,7) e pari a .78 in soggetti obesi di controllo – non affetti da BED (N = 51; 43 femmine e 8 maschi; età media = 43,5, DS = 15,8). La tabella 4 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
BES_1	10,82	49,557	,431	,850
BES_2	10,73	50,869	,226	,864
BES_3	11,47	48,064	,533	,845
BES_4	11,04	47,360	,573	,843
BES_5	11,24	49,426	,522	,846
BES_6	11,40	49,910	,540	,846
BES_7	11,34	47,718	,467	,849
BES_8	11,42	47,922	,558	,844
BES_9	11,31	48,568	,460	,849
BES_10	11,17	46,709	,657	,838
BES_11	11,63	49,859	,558	,846
BES_12	11,72	50,047	,448	,849

BES_13	11,43	49,529	,418	,851
BES_14	11,30	47,857	,569	,843
BES_15	11,38	49,163	,559	,845
BES_16	11,19	50,739	,326	,855

Tab. 4: Consistenza interna della scala BES – analisi sugli item

### **Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS)**

(Gratz e Roemer, 2004; trad it. Fossati e Borroni)

È un questionario autosomministrato che misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni. Lo strumento è stato sviluppato dagli autori sulla base di un modello teorico della regolazione emotiva integrato ed esaustivo: il modello modale della regolazione emotiva (Gross e Thompson, 2007) (per approfondimenti si veda il capitolo: Le emozioni e la regolazione emotiva) e permette di indagare eventuali difficoltà nelle principali dimensioni della regolazione emotiva: (a) la consapevolezza e la comprensione delle emozioni, (b) l'accettazione delle emozioni, (c) l'abilità di controllare le condotte impulsive e di comportarsi in accordo con i propri obiettivi e (d) la capacità di utilizzare strategie flessibili di regolazione emotiva appropriate al contesto ed alle richieste situazionali. È composto da 36 item a risposta multipla che misurano caratteristici pattern individuali di regolazione delle emozioni. Ai soggetti viene chiesto quanto la descrizione presente in ciascun item si adatti a lui/lei. Le risposte sono formulate su scala Likert a 5 punti ( da "quasi mai" a "quasi sempre" – ai quali si attribuisce un punteggio che va da 1 a 5, fatta eccezione per gli item reverse ai quali si attribuisce un punteggio da 5 a 1) e concorrono a definire un punteggio totale di disregolazione emotiva e 6 sottoscale:

- 1) NON ACCETTAZIONE DELLE RISPOSTE EMOTIVE - NON ACCEPTANCE (N-ACC): è formata dagli item che riflettono la tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle proprie emozioni negative, oppure ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio;
- 2) DIFFICOLTÀ NELL'ADOTTARE COMPORAMENTI ORIENTATI VERSO UN OBIETTIVO - GOALS (GO): comprende gli item che riflettono le difficoltà nel concentrarsi e nell' eseguire un compito quando si provano emozioni negative;
- 3) DIFFICOLTÀ NEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI - IMPULSE (IMP): rileva la difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento quando si provano emozioni negative;

- 4) MANCANZA DI CONSAPEVOLEZZA EMOTIVA - AWARENESS (AW): contiene item che sottolineano la tendenza a prestare attenzione alle emozioni e la relativa capacità di riconoscerle (per questo motivo le risposte fornite devono essere invertite nella fase di calcolo del punteggio);
- 5) ACCESSO LIMITATO ALLE STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA - STRATEGIES (STR): riflette la credenza secondo cui risulta particolarmente difficile regolare efficacemente le emozioni una volta che queste si sono manifestate;
- 6) MANCANZA DI CHIAREZZA EMOTIVA - CLARITY (CL) comprende gli item che riflettono il grado in cui le persone riescono a comprendere distintamente quale emozione stanno sperimentando.

### Verifica dell'attendibilità del test

Al fine di valutare il grado di attendibilità del test sul campione da noi preso in esame è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach che è risultato pari a .90 per il punteggio totale alla DERS. Il valore di alpha aumenterebbe a .91 se si eliminasse l'item 8 e l'item 17, mentre, aumenterebbe a .904 se si eliminasse l'item 34. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della scala è pari a .93 ed è stato calcolato su un campione composto da 357 studenti di psicologia dell'University of Massachusetts Boston (73% femmine, N = 260; 27% maschi, N = 97; età media = 23,10, DS = 5,76. La tabella 5 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_3	71,2314	303,808	,434	,897
DERS_4	71,3633	305,642	,373	,898
DERS_5	71,3234	305,440	,381	,898
DERS_9	71,1928	301,431	,490	,896
DERS_11	70,6962	296,014	,458	,897
DERS_12	70,7402	294,784	,513	,896
DERS_13	70,6861	296,252	,496	,896
DERS_14	71,2077	299,784	,500	,896
DERS_15	71,2476	299,137	,569	,895
DERS_16	71,2991	297,959	,579	,895
DERS_18	70,2659	295,350	,538	,895
DERS_19	71,2429	295,852	,628	,894



DERS_21	71,2706	299,229	,510	,896
DERS_23	70,6231	295,561	,500	,896
DERS_25	71,1834	297,933	,506	,896
DERS_26	70,4432	296,177	,533	,895
DERS_27	71,1116	297,235	,576	,895
DERS_28	71,0981	297,923	,523	,896
DERS_29	70,9378	295,584	,530	,895
DERS_30	71,2030	296,487	,556	,895
DERS_31	71,4134	303,440	,452	,897
DERS_32	71,3694	300,749	,529	,896
DERS_33	70,7483	294,214	,597	,894
DERS_35	70,8018	297,746	,524	,896
DERS_36	70,7402	291,239	,613	,894
DERS_20_REV	70,4648	299,101	,425	,897
DERS_24_REV	70,4668	296,680	,451	,897
DERS_1_REV	70,9946	300,509	,441	,897
DERS_22_REV	70,4716	300,129	,358	,898
DERS_7_REV	70,6739	298,210	,456	,897
DERS_2_REV	70,3863	304,985	,255	,900
DERS_6_REV	70,6143	302,656	,313	,899
DERS_8_REV	69,7456	318,271	-,070	,907
DERS_10_REV	70,6847	303,910	,288	,899
DERS_17_REV	69,9932	314,651	,009	,905
DERS_34_REV	69,2855	314,521	,018	,904

Tab. 5: Consistenza interna della scala DERS – analisi sugli item

Si è provveduto a calcolare l'alpha di Crombach anche per le singole sottoscale:

**Sottoscala Non-Acceptance:** sul nostro campione il valore di alpha è risultato pari a .838. Il valore di alpha aumenterebbe a .855 se si eliminasse l'item 23. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della DERS è pari a .85. La tabella 7 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_11	9,30	15,692	,657	,803
DERS_12	9,35	16,020	,661	,802
DERS_21	9,87	17,681	,627	,811
DERS_23	9,23	18,248	,400	,855
DERS_25	9,79	16,864	,677	,800
DERS_29	9,55	16,216	,699	,795

Tab. 7: Consistenza interna della sottoscala Non Acceptance (DERS) – analisi sugli item

**Sottoscala Goals:** sul nostro campione il valore di alpha è risultato pari a .826. Il valore di alpha aumenterebbe a .848 se si eliminasse l'item 20. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della DERS è pari a .89. La tabella 8 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_13	9,3267	10,942	,634	,788
DERS_18	8,9012	10,530	,730	,759
DERS_26	9,0840	10,834	,711	,766
DERS_33	9,3959	11,378	,633	,789
DERS_20_REV	9,0875	12,276	,422	,848

Tab. 8: Consistenza interna della sottoscala Goals (DERS) – analisi sugli item

**Sottoscala Impulse:** sul nostro campione il valore di alpha è risultato pari a .799. Il valore di alpha aumenterebbe a .809 se si eliminasse l'item 3. Eliminando l'item 24 aumenterebbe, invece a .819. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della DERS è pari a .86. La tabella 9 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_3	8,6627	12,875	,346	,809
DERS_14	8,6429	10,792	,648	,747
DERS_19	8,6810	10,675	,673	,741
DERS_24_REV	7,9026	10,911	,404	,819
DERS_27	8,5483	10,571	,679	,739
DERS_32	8,8010	11,193	,661	,747

Tab. 9: Consistenza interna della sottoscala Impulse (DERS) – analisi sugli item

**Sottoscala Awareness:** sul nostro campione il valore di alpha è risultato pari a .622. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della DERS è pari a .80. La tabella 10 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_2_REV	13,8271	12,985	,465	,534
DERS_6_REV	14,0649	13,138	,448	,541
DERS_8_REV	13,1722	13,599	,295	,603
DERS_10_REV	14,1313	14,082	,334	,585
DERS_17_REV	13,4241	13,518	,322	,591
DERS_34_REV	12,7177	14,263	,274	,608

Tab. 10: Consistenza interna della sottoscala Awareness (DERS) – analisi sugli item

**Sottoscala Strategies:** sul nostro campione il valore di alpha è risultato pari a .804. Il valore di alpha aumenterebbe a .827 se si eliminasse l'item 22. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della DERS è pari a .88. La tabella 11 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_15	12,6217	20,182	,619	,770
DERS_16	12,6909	19,876	,651	,765
DERS_22_REV	11,8483	20,986	,282	,827
DERS_28	12,4884	19,870	,562	,775
DERS_30	12,5822	20,486	,457	,791
DERS_31	12,7918	21,491	,485	,788
DERS_35	12,1842	19,602	,580	,772
DERS_36	12,1362	18,416	,613	,766

Tab. 11: Consistenza interna della sottoscala Strategies (DERS) – analisi sugli item

**Sottoscala Clarity:** sul nostro campione il valore di alpha è risultato pari a .738. Il valore di alpha riportato nell'articolo di validazione della DERS è pari a .84. La tabella 12 riporta i dati relativi alle analisi svolte.

	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
DERS_1_REV	6,6972	6,163	,548	,674
DERS_4	7,0649	7,403	,413	,723
DERS_5	7,0261	7,052	,508	,693
DERS_9	6,8977	6,862	,503	,693
DERS_7_REV	6,3804	5,761	,552	,675

Tab. 12: Consistenza interna della sottoscala Clarity (DERS) – analisi sugli item

Sono stati eliminati dal campione tutti coloro che:

- hanno ottenuto un punteggio alla scala STAIX-1- ansia di stato uguale o maggiore del 99° percentile;
- hanno omesso, anche in uno solo dei questionari, un numero di risposte superiore al 10% del questionario stesso;
- riportavano, tra le risposte, valori fuori scala.

Il campione risultava; quindi; composto da 6251 soggetti (età media = 45,01 anni, DS=13,718); 4514 femmine (il 72,2% del totale) e 1737 maschi (il 27,8% del totale).

I missing data (fatta eccezione per i dati sociodemografici che non sono stati sostituiti in caso di loro assenza) sono stati gestiti attraverso sostituzione casuale secondo la seguente procedura:

- per ogni variabile (eccetto per le variabile relative alla scala BES) è stata calcolata la media di colonna ponderata tenendo conto del numero di missing data secondo la formula:  $\sum$  dei valori di colonna/numero reale di soggetti che avevano risposto all'item. I missing data sono stati sostituiti a partire dalla media ponderata. Dato che la sostituzione, però, avveniva su variabili categoriali (gli item di tutti i questionari prevedono risposte basate su scale likert) nelle quali il valore numerico è solo la traduzione di un livello di intensità, se il risultato della media ponderata prevedeva un numero non intero si è proceduto con un'attribuzione casuale tra il livello precedente e quello successivo dettata dal lancio di una moneta, ad esempio: se la media di colonna ponderata sul numero effettivo di soggetti rispondenti risultava 4,6 veniva lanciata una moneta; in caso di testa si attribuiva valore 4 al missing data, in caso di croce si attribuiva valore 5 al missing data.
- Per la scala bes si è invece provveduto secondo la seguente procedura: a partire dal punteggio totale ottenuto alla BES si è calcolata la media ponderata tenendo conto del numero di missing data secondo la seguente formula:  $\sum$  dei punteggi ottenuti dal soggetto ad ogni item della bes/numero effettivo di item a cui il soggetto ha risposto. Abbiamo, quindi, usato il valore di media ponderata sul numero di missing data come variabile relativa ai comportamenti di Binge eating da cui partire per condurre le nostre analisi.

### **6.2.3 Disegno di Ricerca**

Il disegno della ricerca è di tipo correlazionale con regressione multipla lineare su base gerarchica con effetti controllati.

Sono state condotte due regressioni multiple lineari gerarchiche distinte. La prima per verificare quanto i comportamenti di binge eating potessero essere spiegati dalla presenza di sintomi ansiosi, di sintomi depressivi e di disregolazione emotiva, la seconda per valutare quali aspetti specifici della disregolazione emotiva incidano nello spiegare i comportamenti di binge eating.

### Ipotesi di ricerca:

- 1)  $H_0$ : una maggior presenza di sintomi ansiosi non comporta maggiore presenza di Binge eating  
 $H_1$ : a maggior presenza di sintomi ansiosi dovrebbe corrispondere maggior presenza di Binge Eating (ci aspettiamo, quindi, fattori  $\beta$  positivi);
- 2)  $H_0$ : una maggior presenza di difficoltà nella regolazione emotiva non comporta maggiore presenza di Binge eating  
 $H_1$ : a maggior presenza di difficoltà nella regolazione emotiva dovrebbe corrispondere maggior presenza di Binge Eating (ci aspettiamo, quindi, fattori  $\beta$  positivi e che il modello in cui vengono inseriti anche i punteggi totali ottenuti alla scala DERS spieghi una varianza maggiore);
- 3)  $H_0$ : una maggior presenza di sintomi depressivi non comporta maggiore presenza di Binge eating  
 $H_1$ : a maggior presenza di sintomi depressivi dovrebbe corrispondere maggior presenza di Binge Eating (ci aspettiamo, quindi, fattori  $\beta$  positivi)

Per verificare che tutte le assunzioni di base necessarie per poter svolgere un'analisi di regressione fossero soddisfatte è stata valutata la normalità delle variabili attraverso la misurazione degli indici di asimmetria e curtosi. Benché la normalità delle variabili non sia un'assunzione della regressione, la presenza di distribuzioni che si discostano dalla normale può mettere a rischio il rispetto di assunzioni come la linearità delle relazioni, la normalità e l'omoschedasticità dei residui.

Avendo riscontrato valori di asimmetria e curtosi che si discostavano fortemente dal valore di soglia  $|1|$ , indicanti una non normalità delle variabili considerate, si è proceduto alla ricerca degli outlier univariati dato che la normalità può essere da questi fortemente influenzata.

Sono, quindi, stati calcolati i punteggi standardizzati per le variabili in esame ed i relativi punteggi minimi e massimi. Per tutti i punteggi grezzi che, trasformati in punteggi standardizzati, superavano il valore di  $|3.29|$  abbiamo operato una sostituzione con il primo punteggio grezzo che, trasformato in punteggio standardizzato, corrispondesse ad un valore maggiore o minore di  $|3.29|$ .

Sono stati, quindi, ricalcolati i valori di asimmetria e curtosi delle variabili e, nonostante ci fosse stata una diminuzione, rimanevano tuttavia ancora elevati. Si è, quindi, proceduto alla ricerca di

outlier multivariati attraverso il calcolo delle distanze di Mahalanobis. Tale metodo permette di quantificare la distanza ponderata di ogni soggetto dal centroide del campione (ovvero, dal vettore delle medie sulle variabili in esame, calcolato sul nostro campione). Per ogni soggetto, il valore della distanza di Mahalanobis è stato interpretato considerando la distribuzione del chi-quadrato e considerando un livello di probabilità critico pari a .001. Tutti i soggetti che mostravano un valore di  $p < .001$  sono stati considerati outlier ed eliminati dalle analisi.

Per ovviare al fatto che le variabili prese in esame avessero metriche differenti e, quindi, fossero difficilmente confrontabili, si è proceduto a centrare le variabili. Questa operazione permette, infatti, di riportare la media delle scale intorno allo 0 e garantisce che i pesi  $\beta$  siano riparametrizzati sulla stessa unità di misura allorché si procede con il calcolo della regressione.

Alla fine di tale processo di “scrematura” abbiamo ottenuto una matrice definitiva di dati composta da 5991 casi validi.

### 6.3 Risultati

Il campione definitivo sul quale sono state svolte le analisi è costituito da 5591 soggetti di età media pari a 44,74 anni ( $DS = 13,5$ ). Il 72,7% donne ( $N = 4353$ ), il 27,3% uomini ( $N = 1638$ ) (Tabella 13 e Tabella 14).

#### SESSO

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
F	4353	72,7	72,7	72,7
Validi M	1638	27,3	27,3	100,0
Totale	5991	100,0	100,0	

Tab. 13: Tabella di frequenza relativa al sesso dei soggetti del campione

	N	Media	Deviazione std.
ETA	5986	44,74	13,502
Validi (listwise)	5986		

Tab. 14: Tabella di frequenza relativa all'età media dei soggetti del campione

Dall'anamnesi medica, svolta durante la prima visita, si evince che il 97,7% (N = 5855) dei soggetti si rivolge al centro ICANS in cerca di un percorso dietoterapico che permetta loro di modificare l'aspetto estetico (insoddisfazione per l'attuale forma del corpo) o per ricevere un'educazione alimentare.

Il 62,3% del campione (N = 3734) si era precedentemente sottoposto a dietoterapia. Di questi il 2426 (40,3% del campione totale) avevano seguito regimi ipocalorici e 331 (il 5,5% del campione totale) regimi ipocalorici a cui si associava l'assunzione di farmaci anoressizzanti.

Le tabelle riguardanti i dati socio demografici, il motivo per cui i soggetti si siano rivolti ad un centro di dietoterapia, la presenza e l'eventuale tipologia di diete in atto al momento della prima visita, la presenza e l'eventuale tipologia di altri tentativi dietetici in passato, la pratica di sport, la presenza di abitudini al fumo, la definizione del tipo di appetito e di fame riportata dai soggetti sono riportate in Appendice B.

Per quanto concerne una distinzione del campione in base allo stato nutrizionale emerge che: lo 0,8% del campione è sottopeso, il 21,1% è normopeso, il 38,8% è sovrappeso, il 25,8% è affetto da obesità di I° grado, il 9,5% è affetto da obesità di II° grado e il 4% è affetto da obesità di III° grado (vedi Tabella 15)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Sottopeso	45	,8	,8	,8
Normopeso	1263	21,1	21,1	21,9
Sovrappeso	2324	38,8	38,8	60,7
Validi				
Obesità di I° grado	1545	25,8	25,8	86,5
Obesità di II° grado	571	9,5	9,5	96,0
Obesità di III° grado	238	4,0	4,0	100,0
Totale	5986	99,9	100,0	
Mancanti				
Mancante di sistema	5	,1		
Totale	5991	100,0		

Tab. 15: Suddivisione del campione in base allo stato nutrizionale

I valori medi ottenuti dal campione nei singoli test della batteria sono riportati in Tabella 16



	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
STAI_X1_PT_GRZ	5991	20	67	37,11	8,293
STAI_X2_PT_GRZ	5991	19	68	39,49	9,142
QD_PT_GRZ	5991	0	18	4,41	3,672
BES_TOT_OK	5991	,00	42,00	10,2030	7,26157
BES_MEDIA_SU_N_OMISSIONI_OK	5991	,00	2,63	,6420	,45429
N_ACC	1417	6	27	11,40	4,754
GO	1417	5	25	11,45	4,094
IMP	1417	6	23	10,21	3,803
AW	1417	6	30	16,27	4,267
STR	1417	8	31	14,17	4,969
CL	1417	5	19	8,50	3,077
DERS - SOMMA	1417	37	149	72,09	17,071
Validi (listwise)	1417				

Tab.16: Punteggi medi e deviazione standard, punteggi minimi e massimi ottenuti dal campione nei test della batteria. STAI\_X1\_PT\_GRZ= punteggio grezzo ottenuto alla scala STAI-X1; STAI\_X2\_PT\_GRZ= punteggio grezzo ottenuto alla scala STAI-X2; QD\_PT\_GRZ= punteggio grezzo ottenuto alla scala QD; BES\_TOT\_OK: punteggio totale ottenuto alla scala BES; BES\_MEDIA\_SU\_N\_OMISSIONI\_OK=punteggio totale ottenuto alla scala BES tenendo conto dei missing data; N\_ACC= punteggio totale ottenuto alla sottoscala NON\_ACCEPTANCE della scala DERS; GO= punteggio totale ottenuto alla sottoscala GOALS della scala DERS; IMP= punteggio totale ottenuto alla sottoscala IMPULSE della scala DERS; AW= punteggio totale ottenuto alla sottoscala AWARENESS della scala DERS; STR= punteggio totale ottenuto alla sottoscala STRATEGIES della scala DERS; CL= punteggio totale ottenuto alla sottoscala CLARITY della scala DERS; SOMMA= punteggio totale ottenuto alla scala DERS.

Il 15,4% del campione (N = 923) mostra comportamenti di binge eating. Utilizzando il cut-off di 27 per individuare i soggetti probabilmente affetti da binge eating disorder (per un approfondimento si veda il paragrafo Materiali) risulta che 209 dei soggetti che mostrano comportamenti di binge eating (pari al 3,5% del campione totale) potrebbero soddisfare i criteri per la diagnosi di BED (Tabella 17 e Tabella 18)

#### BES\_NEG\_VS\_POS

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi BES NEG	5068	84,6	84,6	84,6
BES POS	923	15,4	15,4	100,0
Totale	5991	100,0	100,0	

Tab. 17: Distribuzione del campione rispetto alla presenza di comportamenti di Binge Eating

### BES\_18\_27

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
BES NEG	5068	84,6	84,6	84,6
BES POS	714	11,9	11,9	96,5
BED	209	3,5	3,5	100,0
Totale	5991	100,0	100,0	

Tab. 18: Distribuzione del campione nei tre possibili gruppi determinati dal punteggio alla BES: BES- = punteggio alla BES  $\leq$  17; BES+ =punteggio alla BES compreso tra 18 e 26; BED =punteggio alla BES  $\geq$  27.

Se il campione viene diviso in soggetti che non mostrano comportamenti di BE (Non Bingers) e soggetti che mostrano comportamenti di BE (Bingers) i valori ottenuti nei singoli test che costituiscono la batteria risultano i seguenti (Tabella 19):

QUESTIONARIO	SOTTOSCALA	NON BINGERS (N=5086) M (DS)	BINGERS (N=923) M (DS)
STAI_X1	Punteggio Totale	36,23 (7,755)	41,93 (9,425)
STAI_X2	Punteggio Totale	38,25 (8,628)	46,27 (8,916)
QD	Punteggio Totale	3,86 (3,361)	7,38 (3,882)
BES	Punteggio Totale	7,83 (4,64)	23,24 (4,85)
MEDIA BES_su_N_Omissioni	Punteggio medio Totale	,49 (.29)	1,46 (.30)
		NON BINGERS (N=1190) M (DS)	BINGERS (N=227) M (DS)
DERS	Non-Acceptance	11,04 (4,556)	13,28 (5,302)
	Goals	11,20 (3,999)	12,75 (4,339)
	Impulse	9,89 (3,574)	11,89 (4,481)
	Awareness	16,13 (4,186)	17,01 (4,604)
	Strategies	13,73 (4,746)	16,48 (5,456)
	Clarity	8,25 (2,901)	9,86 (3,584)
	Punteggio Totale	70,29 (16,020)	81,56 (19,202)

Tab. 19: : Punteggi medi e deviazione standard ottenuti nei singoli test della batteria, dividendo il campione in Non-Bingers (Bes Tot.  $\leq$ 17) e Bingers (Bes Tot  $\geq$ 18).

### 6.3.1 Binge Eating, sintomi ansiosi, sintomi depressivi e disregolazione emotiva

Una prima analisi di regressione gerarchica è stata usata per valutare quanto i sintomi ansiosi, i sintomi depressivi e la disregolazione emotiva fossero in grado di spiegare i comportamenti di Binge Eating. L'analisi è stata condotta in 4 Step.

- Nel 1° Step sono state inserite nel modello solo le variabili relative al sesso ed all'età, usando il metodo per blocchi, al fine di escludere drastici effetti legati unicamente a queste due variabili.
- Nel 2° Step sono state aggiunte al modello anche le variabili relative ai sintomi ansiosi (Punteggio grezzo Totale ottenuto alla scala STAI-X1 – ansia di stato e Punteggio grezzo Totale ottenuto alla scala STAI-X2 – ansia di tratto) attraverso il metodo per blocchi.
- Nel 3° Step è stata aggiunta al modello la variabile relativa alla presenza di difficoltà nella regolazione emotiva (Punteggio Totale ottenuto alla scala DERS) sempre attraverso il metodo per blocchi
- Nel 4° Step si è proceduto ad inserire nel modello anche la variabile relativa ai sintomi depressivi (Punteggio Totale ottenuto alla scala QD) attraverso l'uso del metodo per passi Stepwise per via degli effetti circolari che i sintomi depressivi possono avere, come dimostrato in letteratura.

La scelta di inserire nel modello prima i sintomi ansiosi e poi la disregolazione emotiva è legata al fatto che si ritiene che la presenza di ansia di tratto, ovvero la tendenza a rispondere con elevazioni dell'intensità dell'ansia di stato a situazioni percepite come minacciose, sia una caratteristica che possa contribuire a generare e poi mantenere difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Ognuno dei 4 Step è risultato significativo, con un incremento di varianza spiegata per ogni step successivo. Il modello completo contribuisce a spiegare il 26% della varianza totale dei punteggi di binge eating (Tabella 20).

Modello	R	R- quadrato	R- quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima	Variazione dell'adattamento				
					Variazione di R- quadrato	Variazione di F	df1	df2	Sig. Variazione di F
1	,227 <sup>a</sup>	,052	,050	,44487	,052	38,387	2	1413	,000
2	,448 <sup>b</sup>	,201	,199	,40865	,149	131,803	2	1411	,000
3	,484 <sup>c</sup>	,234	,231	,40026	,033	60,738	1	1410	,000
4	,510 <sup>d</sup>	,260	,257	,39357	,026	49,370	1	1409	,000

Tab.20: Riepilogo del modello della prima regressione gerarchica

Dall'analisi dei punteggi  $\beta$  emerge che (Tabella21):

- All'aumentare dell'età diminuiscono i punteggi ottenuti alla BES ( $\beta = -.130$ ,  $p < .001$ )
- I maschi ottengono punteggi minori alla BES ( $\beta = -.090$ ,  $p < .001$  tenendo presente che la variabile sesso è stata categorizzata in modo dicotomico dove 0= femmina e 1= maschio)
- I punteggi ottenuti alla STAI-X1 contribuiscono, anche se in minima parte, a spiegare in modo significativo i punteggi alla BES ( $\beta = .074$ ,  $p < .05$ )
- I punteggi ottenuti alla STAI-X2 non contribuiscono a spiegare in modo significativo i punteggi alla BES
- I punteggi ottenuti alla DERS contribuiscono in modo significativo a spiegare i punteggi alla BES ( $\beta = .196$ ,  $p < .001$ )
- Ciò che maggiormente spiega i punteggi alla BES sono i punteggi ottenuti al QD ( $\beta = .238$ ,  $p < .001$ )

Modello	Coefficienti standardizzati		t	Sig.
	Beta			
(Costante)			6,191	,000
4	SESSO	-,090	-3,740	,000***
	ETA	-,130	-5,580	,000***
	stai_X1_cen	,074	2,546	,011*
	stai_X2_cen	,052	1,311	,190
	DERS_cen	,196	6,313	,000***
	QD_cen	,238	7,026	,000***

Tab.21: Coefficienti Beta e significatività delle variabili indipendenti nel modello completo (\* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$ )

### 6.3.2 Binge eating e aspetti specifici della disregolazione emotiva

Una seconda analisi di regressione gerarchica è stata condotta al fine di identificare gli aspetti della disregolazione emotiva che maggiormente contribuiscono a spiegare i comportamenti di binge eating.

Dato che dalla prima regressione risultava evidente che l'ansia non contribuisce a spiegare i comportamenti di binge eating mentre i sintomi depressivi contribuiscono a spiegare nella parte maggiore tali comportamenti, le variabili relative ai sintomi ansiosi sono state eliminate dal

modello mentre sono state aggiunte le variabili relative agli effetti interattivi tra le specifiche componenti della disregolazione emotiva e i sintomi depressivi.

L'analisi è stata condotta in 4 Step.

- Nel 1° Step sono state inserite nel modello solo le variabili relative al sesso ed all'età, usando il metodo per blocchi, al fine di escludere drastici effetti legati unicamente a queste due variabili.
- Nel 2° Step è stata aggiunta al modello anche la variabile relative ai sintomi depressivi (Punteggio grezzo Totale ottenuto alla scala QD) attraverso il metodo per blocchi.
- Nel 3° Step sono state aggiunte al modello le variabili relative alle specifiche componenti della disregolazione emotiva (Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Non- Acceptance, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Goals, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Impulse, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Awareness, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Strategies, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Clarity) attraverso il metodo per blocchi
- Nel 4° Step si è proceduto ad inserire nel modello anche le variabili relative agli effetti interattivi dei sintomi depressivi con le specifiche componenti della disregolazione emotiva (Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Non- Acceptance \* Punteggio Totale ottenuto alla scala QD, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Goals \* Punteggio Totale ottenuto alla scala QD, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Impulse \* Punteggio Totale ottenuto alla scala QD, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Awareness \* Punteggio Totale ottenuto alla scala QD, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Strategies \* Punteggio Totale ottenuto alla scala QD, Punteggio Totale ottenuto alla sottoscala Clarity \* Punteggio Totale ottenuto alla scala QD) sempre attraverso il metodo per blocchi.

I primi tre Step sono risultati significativi mentre il 4° Step, benchè incrementasse leggermente la percentuale di varianza spiegata, non si è dimostrato statisticamente significativo, il che ci dimostra che gli effetti interattivi tra le specifiche componenti della disregolazione emotiva e i sintomi depressivi non contribuiscono in modo statisticamente significativo a spiegare la varianza dei punteggi alla BES. Il modello valutato nel 3° Step contribuisce a spiegare il 26% della varianza dei punteggi alla BES (Tabella 22).

Modello	R	R- quadrato	R- quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima	Variazione dell'adattamento				
					Variazione di R- quadrato	Variazione di F	df1	df2	Sig. Variazione di F
1	,227 <sup>a</sup>	,052	,050	,44487	,052	38,387	2	1413	,000
2	,467 <sup>b</sup>	,218	,216	,40418	,166	299,832	1	1412	,000
3	,509 <sup>c</sup>	,260	,255	,39405	,042	13,255	6	1406	,000
4	,514 <sup>d</sup>	,264	,256	,39363	,005	1,505	6	1400	,173

Tab. 22: Riepilogo del modello della seconda regressione gerarchica

Dall'analisi dei punteggi  $\beta$  emerge che le sottoscale della scala DERS che contribuiscono maggiormente a spiegare i comportamenti di binge eating sono (Tabella23):

- IMPULSIVE ( $\beta= .139$ ,  $p <.001$ )
- NON-ACCEPTANCE ( $\beta= .090$ ,  $p <.01$ )
- AWARENESS ( $\beta= .064$ ,  $p <.05$ )
- CLARITY ( $\beta= .060$ ,  $p <.05$ )

Modello	Coefficienti standardizzati		
	Beta	t	Sig.
3 (Costante)		6,729	,000
ETA	-,142	-6,017	,000
SESSO	-,100	-4,217	,000
QD_cen	,304	10,353	,000***
N_ACC_cen	,090	2,948	,003**
GO_cen	-,007	-,239	,811
IMP_cen	,139	4,344	,000***
AW_cen	,064	2,548	,011*
STR_cen	-,006	-,164	,870
CL_cen	,060	2,149	,032*

Tab.23: Coefficienti Beta e significatività delle variabili indipendenti nel modello maggiormente significativo (Step 3) (\* $p <.05$ ,\*\* $p <.01$ , \*\*\* $p <.001$ )

## 6.4 Discussione

Basandosi sui dati ottenuti dalle analisi di regressione condotte sul nostro campione possiamo evincere che, in linea con la maggior parte dei dati presenti in letteratura, il binge eating è maggiormente presente nelle donne e tende ad essere meno presente con l'avanzare dell'età.

Nel nostro campione l'ansia di tratto non contribuisce a spiegare i comportamenti di binge eating. Ciò potrebbe apparire in contraddizione con una larga parte della letteratura che suggerisce che, tra le emozioni tipicamente presenti come antecedenti delle abbuffate, l'ansia sia una delle più presenti. Questa incongruenza potrebbe, però, essere spiegata dal fatto che la maggior parte degli studi che legano la presenza di ansia ai comportamenti di binge eating si basano su ricostruzioni a posteriori, e comunque self report, dei soggetti in esame (vedi ad esempio: Abraham & Beumont, 1982; Kaye e coll, 1986; Elmore e coll., 1990; Hsu, 1990; Mitchell e coll., 1999; Lynch e coll., 2000; Mashed & Grilo, 2006; Czaja e coll., 2009). Il fatto che la rilevazione delle emozioni antecedenti all'episodio di abbuffata sia legata all'autovalutazione del soggetto pone, infatti, due problemi. Da un lato potrebbero esserci effetti di distorsione legati alla ricostruzione che gli individui operano nel momento in cui ricordano una situazione – senza tener presente che anche l'iniziale interpretazione della situazione è legata al significato personale che ogni soggetto attribuisce alle situazioni che vive in base alla sua struttura di personalità e alla sua narrativa personale. Dall'altro lato potrebbe esserci un bias nell'etichetta linguistica (ansia) che i soggetti attribuiscono ad una delle attivazioni emotive che sperimentano prima di ricorrere ad un'abbuffata. Molti soggetti potrebbero, dovendo classificare delle sensazioni emotive ed essendo poco allenati al riconoscimento delle proprie emozioni, etichettare come ansia una varietà di attivazioni emotive che, se approfondite e valutate con "un occhio clinico" potrebbero appartenere a categorie emotive differenti.

Nel nostro studio, invece, abbiamo valutato quanto l'effettiva presenza di sintomi ansiosi influisca sui comportamenti di binge eating

Ciò che nel nostro campione predice in misura maggiore la possibilità di manifestare comportamenti di binge eating sono i sintomi depressivi.

Anche la disregolazione emotiva ha un ruolo importante nel predire i comportamenti di binge eating, in linea con quanto emerso, ad esempio, dagli studi, precedentemente citati, di Whiteside e coll. (2007) e di Buckholdt e coll. (2010).

Le componenti della disregolazione emotiva che concorrono maggiormente a spiegare i comportamenti di binge eating sono, in ordine decrescente di importanza: la difficoltà nel controllare gli impulsi, la non accettazione delle risposte emotive, la mancanza di consapevolezza emotiva e la mancanza di chiarezza emotiva.

I nostri dati risultano, dunque, differenti da quelli trovati da Whiteside e coll. (2007) nello studio da loro condotto su un campione di studenti di psicologia americani e volto ad indagare quali sottoscale della DERS contribuissero a spiegare i comportamenti di binge eating. Le sottoscale della DERS che risultano significative nel loro campione sono, infatti, la sottoscala Strategies e la sottoscala Clarity. Questa differenza potrebbe essere attribuibile alla profonda diversità dei due campioni presi in esame. Nel nostro studio, infatti, il campione è di tipo clinico, in quanto reclutato tra soggetti che si rivolgono ad un centro per la valutazione dello stato nutrizionale, alla ricerca di un percorso dietoterapico o di educazione alimentare. A ciò si associa il fatto che il nostro campione risulta fortemente eterogeneo sia per fasce di età, sia per il livello socioculturale. Un'altra spiegazione potrebbe provenire dal lavoro preliminare, svolto da Sighinolfi e coll (2010), volto a validare una traduzione italiana della DERS, che ne propone un adattamento specifico per la popolazione italiana. Tali autori hanno, infatti, somministrato la DERS ad un campione di 190 persone (età media 30,8; DS = 9,7; range = 18-67 anni; di cui il 69,5% femmine) reclutate in ambienti di lavoro, università e in occasione di incontri a carattere psicologico aperti al pubblico. Rispetto al livello di istruzione: il 48,9% del campione aveva conseguito una laurea di secondo livello o laurea del vecchio ordinamento, il 46,3% un diploma di scuola media superiore, l'1,6% una laurea di primo livello, il 2,1% un diploma di scuola media inferiore e l'1,1% un diploma di scuola professionale. Il 62,1% del campione era nubile o celibe, il 31,6% sposato o convivente, il 4,2% separato o divorziato e il 2,1% vedovo/a. Gli autori hanno, quindi, condotto un'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) per verificare la corrispondenza tra i dati in loro possesso e la struttura fattoriale proposta dagli autori (Gratz e Roemer, 2004). Da ciò è emerso che i valori degli indici ottenuti ( $\chi^2(579) = 1265,765$ ,  $p < 0,001$ ;  $\chi^2/df = 2,19$ ; RMSEA = 0,08; SRMR = 0,10; CFI = 0,78; AIC = 17502,22; TLI = 0,76) supportavano debolmente la struttura fattoriale originale. Conducendo un'Analisi Fattoriale Esplorativa con il metodo di estrazione della Fattorializzazione dell'Asse Principale e con una rotazione obliqua Promax, in base al modello di analisi fattoriale utilizzata dagli autori nella versione originale (Gratz e Roemer, 2004), Sighinolfi e coll. hanno potuto verificare che, anche per la versione italiana era comunque possibile individuare una soluzione a 6 fattori. Sebbene gli autori sostengano che questi 6 fattori riflettano largamente la concettualizzazione della regolazione emotiva suggerita da Gratz e Roemer (2004) è possibile, però, rilevare alcune differenze rispetto agli item che compongono le diverse sottoscale.

Il primo fattore trovato rispecchia il primo fattore emerso nell'analisi della versione originale della scala (NON-ACCEPTANCE) ed è stato etichettato dagli autori: Mancanza di Accettazione della



Risposta Emotiva (MANCANZA DI ACCETTAZIONE). Differisce nella composizione originale per un solo item (al posto dell'item 23 troviamo l'item 30). Il secondo fattore risulta anch'esso sovrapponibile al secondo fattore della versione originale (GOALS) ed è stato etichettato dagli autori: Difficoltà a Distrarsi dalle Emozioni e ad eseguire Comportamenti Alternativi (DIFFICOLTA' NELLA DISTRAZIONE). Differisce nella composizione per un item (al posto dell'item 20 troviamo l'item 23). Il terzo fattore non ha trovato, invece, piena corrispondenza con il fattore STRATEGIES (quinto fattore della versione originale). Differisce nella composizione per tre item (al posto degli item 30, 31 e 36 troviamo gli item 1, 20 e 24). Per via del contenuto degli item che lo compongono il fattore è stato etichettato dagli autori: Mancanza di Fiducia nelle Proprie Abilità di Regolazione Emotiva (MANCANZA DI FIDUCIA). Il quarto fattore risulta sovrapponibile al terzo fattore della versione originale (IMPULSE) ed è stato etichettato: Difficoltà nel Controllo dei Comportamenti (MANCANZA DI CONTROLLO). Differisce nella composizione per un item (al posto dell'item 24 troviamo l'item 36). Il quinto fattore corrisponde con il fattore CLARITY della versione originale ed è stato etichettato: Difficoltà nel Riconoscimento dell'Emozione Esperita (DIFFICOLTA' NEL RICONOSCIMENTO). Differisce nella composizione degli item perché presenta un item in più (l'item 10) e al posto dell'item 1 troviamo l'item 4. Il sesto fattore riflette la consapevolezza emotiva ed è plausibile pensare che corrisponda al fattore originale AWARENESS benchè se ne discosti fortemente nella composizione (il fattore nella versione originale è composto da sei item mentre il sesto fattore di Sighinolfi e coll. è costituito da 3 item). Gli autori lo hanno etichettato: Ridotta Autoconsapevolezza Emotiva (RIDOTTA AUTOCONSAPEVOLEZZA). Le nostre analisi sono state, invece, condotte mantenendo la composizione originale delle sottoscale proposta da Gratz e Roemer (2004). Potrebbe, dunque, essere interessante provare a rivalutare i risultati delle analisi svolte utilizzando i fattori proposti da Sighinolfi e coll (2010) al fine di valutare eventuali cambiamenti nei risultati da noi attualmente ottenuti.

Gli effetti interattivi tra i sintomi depressivi e le diverse componenti della disregolazione emotiva, invece, non contribuiscono a spiegare in modo significativo i comportamenti di binge eating.

Sembra, quindi, possibile ritenere che i comportamenti di binge eating siano fortemente legati alla presenza di emozioni negative, collegate alla presenza di sintomi depressivi. In tale condizione generale, l'incapacità di controllare i propri comportamenti quando si provano emozioni negative funzionerebbe da "innesco" per il ricorso alla disregolazione comportamentale (ovvero a comportamenti impulsivi, ascrivibili tra i comportamenti maladattivi utilizzati per regolare le

emozioni negative intense, per via del loro potere di distrazione) nella forma dei comportamenti abbuffatori. Oltre a questo aspetto, ciò che conta maggiormente è la non accettazione delle emozioni negative. Tale non accettazione porta i soggetti a sperimentare ulteriori emozioni negative, collegate all'impossibilità di rappresentarsi come in diritto di provare e di esprimere alcuni tipi di emozioni. A queste si assocerebbero pensieri di svalutazione di sé. Tutto ciò potrebbe rendere più probabile che i soggetti ricorrano a strategie di regolazione emozionali disfunzionali quali, ad esempio, la soppressione delle emozioni. La non accettazione delle emozioni e la conseguente soppressione emotiva - che, come è stato precedentemente riportato, nella meta-analisi condotta da Aldao e coll. (2010) risulta positivamente associata alla presenza di comportamenti alimentari disfunzionali - non permetterebbero l'uso di strategie di regolazione più funzionali come il reappraisal positivo. Ciò indurrebbe un sovraccarico emotivo negativo che può essere "interrotto" attraverso il ricorso al cibo, in linea con le teorie che vedono il BE come un mezzo per spostare il focus dell'attenzione del soggetto e per mascherare altri problemi che sente di non poter (o voler) affrontare.

In soggetti che mostrano difficoltà nel regolare le proprie emozioni in modo adattivo, ovvero attraverso la modulazione dell'attivazione emotiva, ma che tendono, invece, a voler "eliminare del tutto certe emozioni" non viene, infatti, ridotta l'urgenza legata alle emozioni - che sarebbe invece gestita se si provasse a modulare l'attivazione emotiva piuttosto che negarla (è possibile immaginare una sovrapposizione tra questo fenomeno e il tratto personologico Urgency - Urgenza individuato da Whiteside e Lynam (2001) nella loro teoria sull'impulsività - vedi il paragrafo 3.3). La riduzione dell'urgenza legata allo sperimentare emozioni negative sarebbe necessaria a rendere maggiormente controllabile il comportamento che consegue ad un'emozione, evitando, quindi, il ricorso a comportamenti impulsivi o inadeguati ma, piuttosto, mettendo in atto comportamenti il più possibile in linea con il raggiungimento dell'obiettivo.

In un'ottica cognitivo-costruttivista per i soggetti che sviluppano sintomi di disturbi del comportamento alimentare, infatti, il corpo rappresenta lo strumento primario per costruire la propria identità strutturandosi come l'unica via di conoscenza; il concentrarsi su di esso permette di spostare l'attenzione dalle difficoltà psicologiche, che non sono attrezzati ad affrontare, ad altri aspetti meno complicati da gestire.

Inoltre, i sentimenti intensi di inadeguatezza, incapacità e inconsistenza personale, che per questi soggetti emergono nelle interazioni sociali ed affettive, vengono modulati anche attraverso una

modificazione della propria immagine corporea. Attraverso questa strategia l'esperienza di rifiuto, di delusione o di possibile disconferma può essere indirizzata alla propria inaccettabilità estetica piuttosto che all'incapacità di essere amato e approvato (Guidano, 1991). L'attenzione sul proprio corpo e sul proprio peso evita la pericolosa definizione di sé.

Questo spiega in modo chiaro come sia possibile che il provare emozioni negative, che non sono, per di più, accettabili possa portare questi soggetti a ricorrere al cibo e alle sensazioni fisiche correlate con l'alimentarsi per spostare il focus del problema su un livello, seppur negativo e causa di sofferenza, più accettabile e conosciuto, quindi, più facilmente gestibile.

## **6.5 Conclusioni**

Attraverso lo studio condotto abbiamo potuto, innanzitutto, avere un'indicazione rispetto alla prevalenza di comportamenti di binge eating in un campione italiano, particolarmente ampio, di soggetti richiedenti un trattamento dietetico.

Valutati i risultati del nostro studio, risulta evidente che, per poter affrontare in modo efficace il problema del Binge Eating, sia necessario intervenire con un percorso psicologico. Tale percorso deve essere volto ad aumentare le capacità di regolazione delle emozioni dei soggetti, partendo innanzitutto dal lavoro sull'accettazione delle proprie emozioni negative. Molti interventi, infatti, si basano sull'aumentare la consapevolezza emotiva e il riconoscimento delle emozioni, fattori sicuramente fondamentali e da sviluppare per poter potenziare le capacità di regolazione delle emozioni ma assolutamente non sufficienti se l'individuo si nega la possibilità di provare alcuni tipi di emozioni. Finché non legitimeranno se stessi nel loro sentire, infatti, a nulla potrà valere l'aumentata consapevolezza e il riconoscimento emotivo. L'accettazione delle emozioni è, infatti, elemento necessario e fondamentale al fine di poter attivare strategie di regolazione funzionali, che non si basino sullo spostamento, sul mascheramento o sul compromesso ma, piuttosto, sull'affrontare e regolare l'emozione in essere e sul gestire la situazione che l'ha generata. Molto spesso, però, nei protocolli di intervento per i disturbi alimentari si lavora sull'aumentare la capacità di provare e riconoscere le emozioni e non sulla capacità di accettare le emozioni che si provano senza giudicarle.

A tal proposito potrebbe essere utile proporre, in un intervento psicologico mirato alla gestione del binge eating, tecniche di Mindfulness. Il concetto di Mindfulness, derivante dagli insegnamenti del Buddismo (Vipassanā), dello Zen e dalle pratiche di meditazione Yoga, è stato ultimamente, infatti, assimilato ed utilizzato come paradigma autonomo in alcune discipline psicoterapeutiche italiane, europee e d'oltre oceano. Con il termine Mindfulness ci si riferisce ad uno stato mentale che può essere definito come: la consapevolezza che emerge attraverso il prestare attenzione allo svolgersi dell'esperienza momento per momento: a) con intenzione b) nel presente c) in modo non giudicante (Kabat-Zinn, 1990). Uno dei punti centrali dell'approccio Mindfulness, oltre al permettere di raggiungere una maggiore consapevolezza delle emozioni che si provano, attraverso un atteggiamento di "ascolto di sé", è proprio l'accettazione delle emozioni attraverso un atteggiamento non giudicante che permette di incontrare l'esperienza così come è e valutarla senza etichette stereotipate o luoghi comuni. La capacità di accettare le proprie emozioni in modo non giudicante permetterebbe di non dover ricorrere a "fughe difensive" o ad automatismi disfunzionali e comportamenti "autolesivi" attraverso la possibilità di imparare a riconoscere i propri segnali corporei; di passare da una reattività automatica e coatta alla messa in atto di una risposta più adatta e funzionale ai propri bisogni. Attraverso l'approccio Mindfulness, inoltre, sarebbe possibile fare esperienza delle emozioni "sentendole" e localizzandole nel corpo. Questo permetterebbe di lavorare sul difficile radicamento nelle sensazioni fisiche, nel sé corporeo, dei soggetti che mostrano un rapporto disfunzionale con l'alimentazione.

Un altro aspetto interessante sarebbe quello di indagare quali siano le emozioni più difficilmente accettate dai soggetti che mostrano comportamenti di binge eating. Una delle emozioni su cui mi concentrerei è sicuramente la rabbia. Nella mia esperienza clinica, acquisita in otto anni di sostegno psicologico a pazienti con un rapporto disfunzionale – in senso abbuffatorio – con il cibo, ho potuto, infatti, numerosissime volte riscontrare che una delle emozioni con cui i pazienti hanno maggiore difficoltà a relazionarsi è proprio la rabbia. La rabbia viene, spesso, vissuta come un'emozione negativa, che non può avere alcun risvolto o significato positivo. Provare rabbia viene vissuto come sbagliato e non "socialmente accettabile"; non viene considerata la differenza tra "provare" rabbia e mettere in atto "comportamenti rabbiosi". Ciò comporta la non percezione del significato evolutivo della rabbia e il non considerare, il provare la specifica emozione rabbia, come un'importante fonte di informazione sul significato personale che attribuiamo alla situazione (spesso relazionale) che stiamo vivendo. È possibile che questa particolare difficoltà nel relazionarsi con la rabbia sia dovuta alla dipendenza dal giudizio esterno per la definizione di sé

che caratterizza i soggetti con un rapporto disfunzionale con il cibo. Il provare rabbia porterebbe, infatti, più facilmente a mettere in atto comportamenti che possono essere mal giudicati dagli altri. In soggetti dove la differenza tra “comportarsi” ed “essere” non viene tenuta in considerazione, e che si considerano amabili in funzione del fatto d’essere ben giudicabili, essere mal giudicati per un proprio comportamento vuol dire dover mettere in discussione la propria amabilità e la propria validità come individui.

Nell’ottica di un futuro sviluppo di questo lavoro di ricerca sarebbe interessante, inoltre, valutare l’eventuale modificazione delle capacità di regolazione delle emozioni dei soggetti affetti da binge eating a seguito di un percorso psicologico basato sul potenziamento delle capacità di regolazione emotiva che si fondi, innanzitutto, su un lavoro che permetta ai soggetti di poter accettare le proprie emozioni, qualsiasi esse siano.

Rispetto al presente lavoro di ricerca rimane ovviamente la difficoltà legata all’utilizzo di questionari autosomministrati. I questionari possono essere considerati delle descrizioni di alto livello ma permane comunque una grossa discrepanza con quella che è l’effettiva esperienza soggettiva esperita. Inoltre, essendo raccolti in un contesto in cui i soggetti vengono “valutati, diagnosticati e curati” è possibile che possa essere presente una componente di errore legata alla desiderabilità sociale. I soggetti che mostrano sintomi di disturbi del comportamento alimentare sono, inoltre, particolarmente sensibili al giudizio esterno, che viene vissuto in termini di conferma/disconferma di sé e che, quindi, è necessario (“l’essere ben giudicati”) al mantenimento di una valutazione di sé positiva.

A ciò si somma il fatto che la valutazione self report della disregolazione emotiva può essere influenzata da distorsioni dovute alla non consapevolezza della propria difficoltà nel riconoscere, gestire ed accettare le proprie emozioni in genere.

## Bibliografia

- Abraham, S.F., Beumont, P.J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine.*; 12, 625–635.
- Abramowitz, J.S., Tolin, D.F., Street, G.P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*; 21, 683–703
- Agras, W.S., Telch, C.F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy.*; 29, 491–503.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review *Clinical Psychology Review*; 30, 217–237.
- APA. (2014) *Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, DSM -5*. Ed. Italiana: Raffaello Cortina Editore
- Armeli, S., Carney, M.A., Tennen, H., Affleck, G., O’Neill, T. P. (2000). Stress and alcohol use: A daily process examination of the stressor-vulnerability model. *Journal of Personality and Social Psychology*; 78, 979-994.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*, New York: Columbia University Press.
- Arnow, B., Kenardy, J., Agras, W.S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine.*; 15, 155-170.
- Bara, B. (a cura di). (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva Vol. 1*. Torino: Bollari Boringhieri.
- Bara, B. (a cura di). (2005). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva Vol. 2*. Torino: Bollari Boringhieri.
- Blanco S., Canestri L., Reda M. A. (2005). L’approccio costruttivista ai Disturbi del Comportamento Alimentare. In: Bara, B. a cura di, *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Ed: Bollari Boringhieri; p. 141-193.
- Bohon, C., Stice, E., Burton, E. (2009). Maintenance factors for persistence of bulimic pathology: A prospective natural history study. *International Journal of Eating Disorders*; 42, 173–178.
- Borkovec, T.D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*; 9, 76–80.
- Bruce, B., Agras, W.S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders.*; 12, 365–373.
- Buckholdt, K. E., Parra, G.R., Jobe-Shields, L. (2010). Emotion dysregulation as a mechanism through which parental magnification of sadness increases risk for binge eating and limited control of eating behaviors. *Eating Behaviors*; 11, 122–126.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Kendler, K.S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders.*; 32, 72–78.
- Cadesky, E.B., Mota, V.L., Schachar, R.J. (2000). Beyond words : How do problem children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 39, 1160-1167.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In Gross J.J. (a cura di). *Handbook of emotion regulation* New York: The Guilford Press. p 542–559.
- Ccm - Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie - Ministero della Salute (2010) “Okkio alla Salute. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- Chua, J.L., Touyz, S., Hill, A.J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: An experimental study. *International Journal of Obesity.*; 28, 606–610.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*; 7, 1-10.
- Ciesla, J.A., Roberts, J.A. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*; 7(3), 555–565.

- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In Follette V.M., Ruzek, J.I., Abueg, F.R. (a cura di). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: The Guilford Press. p. 278–304.
- Clore, G.L., Schwarz, N., Conway, M. (1994). Affective causes and consequences of social information processing. In: Wyer, R.S., Srull, T.K. (a cura di). *Handbook of social cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; p. 323–41.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*. Vol.34 (suppl), p. S89-S9.
- Cornsweet, D.J. (1969). Use of cues in the visual periphery under conditions of arousal. *Journal of Experimental Psychology*; 80, 14–18.
- Croyle, K.L., Waltz, J. (2002). Emotional awareness and couples' relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*; 28, 435–444.
- Czaja, J., Rief, W., Hilbert, A. (2009). Emotion Regulation and Binge Eating in Children. *International Journal of Eating Disorders*; 42, 356–362.
- Davis, R., Jamieson, J. (2005). Assessing the functional nature of binge eating in the eating disorders. *Eating Behaviors*.; 6, 345–354.
- de Man Lapidoth, J., Ghaderi, A., Norring, C. (2006). Eating disorders and disordered eating among patients seeking non-surgical weight-loss treatment in Sweden. *Eating Behaviors*; 7(1), 15-26.
- de Zwaan, M., Nutzinger, D.O., Schoenbeck, G. (1992). Binge eating in overweight women. *Comprehensive Psychiatry*; 33(4), 256–61.
- Dobson, K.S., Dozois, D.J.A. (2004). Attentional biases in eating disorders : a meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical Psychology Review*; 23, 1001–1022.
- Donaldson, C., Lam, D. (2004). Rumination, mood, and social-problem solving in major depression. *Psychological Medicine*; 34, 1309–1318.
- Donini, L.M. e coll. (2010). Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. *Eating Weight Disord.*; 15, Suppl. al No. 1-2. p. 1-31. Editrice Kurtis
- Easterbrook, J.A. (1959). The effects of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychological Review*; 66, 183–201.
- Ekman, P. (1972). Universal and cultural differences in facial expression of emotion. In J.R. Cole (A cura di.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 1971). Lincoln: University of Nebraska Press. pp. 207–283.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*; 6, 169–200.
- Eldredge, K., Wilson, G.T., Whaley, A. (1990). Failure, self-evaluation, and feeling fat in women. *International Journal of Eating Disorders*; 9, 37-50.
- Elfhag, K., Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*; 6(1), 67-85.
- Fairburn, C.G.. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (a cura di). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford
- Fox H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298–301.
- Fredrickson, B.L., Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*; 19(3), 313–332.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Frijda, N.H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*; 43, 349–358.
- Garfnfski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*; 30, 1311–1327.

- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., Mels, S. (2009). Loss of Control Over Eating in Overweight Youngsters: The Role of Anxiety, Depression and Emotional Eating. *European Eating Disorders Review*. ; 17: 68–78
- Gratz, K.L., Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 26 (1), 41-54.
- Gross, J.J. (1998a). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*; 74, 224-237.
- Gross, J.J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*; 2, 271-299.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*; 39, 281–291.
- Gross, J.J., Thompson, R. A. (2007). Conceptual Foundations. In: Gross, J.J. (a cura di). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Publications; 2007; p. 3-24
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Haedt-Matt, A.A., Keel, P.K. (2012). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating: A Meta-Analysis of Studies using Ecological Momentary Assessment. *Psychological Bulletin*; 137(4), 660–681.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*; 40(11), p. 1887-1897.
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*; 9, 313–318.
- Hasler, G., Pine, D.S., Gamma, A., Milos, G., Ajdacic, V., Eich, D., Angst, J. (2004). The associations between psychopathology and being overweight: A 20-year prospective study. *Psychological Medicine*.; 34, 1047–1057.
- Hawkins, RC.; Clement, PF. (1984) Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. In: Hawkins, RC.; Fremouw, WJ.; Clement, PF., (a cura di). *The binge purge syndrome: Diagnosis, treatment, and research*. New York: Springer; 1984. p. 229-251.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*; 42, 552–556.
- Herman, C.P., Mack, D. (1975) Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*; 43(4), 647-60.
- Herman, C.P.; Polivy, J. (1984). Restrained eating. In: Stunkard, J.A. (a cura di). *Obesity*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; p. 208 - 225.
- Hetherington, M.M., Altemus, M., Nelson, M.L., Bernat, A.S., Gold, P.W. (1994). Eating behavior in bulimia nervosa: Multiple meal analyses. *The American Journal of Clinical Nutrition*.; 60, 864–873
- Hohlstein, L.A., Smith, G.T., Atlas, J.G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*.; 10, 49–58.
- Hsu, L.G. (1990). Experiential aspects of bulimia nervosa: Implications for cognitive behavioral therapy. *Behavior Modification*.; 14, 50-65.
- Hussong, A.M., Hicks, R.E., Levy S.A., Curran, P.J. (2001). Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults. *Journal of Abnormal Psychology*; 110, 449-461.
- Istituto Auxologico Italiano (2006). *VI Rapporto sull'Obesità in Italia. Cervello e Obesità: Neurobiologia e Neurofarmacologia*. Milano: Franco Angeli Edizioni
- Istituto Auxologico Italiano (2011). *VII Rapporto sull'Obesità in Italia. Obesità e Genetica: oltre lo stile di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Izard, C.E. (1971). *The face of emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.



- Izard, C.E., Ackerman, B.P., Schoff, K M., & Fine, S.E. (2000). Selforganization of discrete emotions, emotion patterns, and emotion cognition relations. In M.D. Lewis & I. Granic (A Cura di.), *Emotion, development, and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 15–36.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*; 9, 188–205.
- Johansson, L., Ghaderi, A., Andersson, G. (2005). Stroop interference for food- and body-related words : a meta-analysis. *Eating Behaviors* 6; 271–281.
- John, O.P., Gross, J.J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality: Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*; 72, 1301-34.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte
- Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., George, D.T., Weiss, S.R., Jimerson, D.C. (1986). Relationship of mood alterations to bingeing behaviour in bulimia. *British Journal of Psychiatry.*; 149, 479–485.
- Kenardy, J., Arnow, B., Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 30, 839-844.
- Keränen, A.M., Savolainen, M.J., Reponen, A.H., Kujari, M.L., Lindeman, S.M., Bloigu, R.S. et al. (2009). The effect of eating behavior on weight loss and maintenance during a lifestyle intervention. *Preventive Medicine*; 49(1), 32-8.
- Kjelsås, E., Børsting, I., Gudde, C.B. (2004). Antecedents and consequences of binge eating episodes in women with an eating disorder. *Eating and Weight Disorders.*; 9, 7–15.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 35, 42–47.
- Lane, R.D., Nadel, L. (2000). *Cognitive neuroscience of emotion*. New York: Oxford University Press.
- Linde, J.A., Jeffery, R.W., Levy, R.L., Sherwood, N.E., Utter, J., Pronk, N.P. e coll. (2004). Binge eating disorder, weight control self efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity and Relative Metabolic Disorders*; 28(3), 418-25.
- Linehan, M.M. (1993) *Cognitive–behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M., Bohus, M., Lynch, T.R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In: Gross, J.J. (a cura di). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press. p. 581–605.
- Lynch, W.C., Everingham, A., Dubitzky, J., Hartman, M., Kasser, T. (2000). Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? *Integrative Physiological & Behavioral Science.*; 35, 298–313.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*; 50, 1–11.
- Maedgen, J.W., Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical and Child Psychology*; 29, 30-42.
- Marchesini, G., Cuzzolaro, M., Mannucci, E., Dalle Grave, R., Gennaro, M., Tomasi, F., Barantani, E.G., Melchionda, N. e coll. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *International Journal of Obesity*; 28, 1456–1462
- 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(1), 69-77.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioural weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56(3), 433-9.
- Mauss, I.B., Levenson, R.W., McCarter, L., Wilhelm, F.H., Gross, J.J. (2005). The tie that binds?: Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*; 5, 175–190.

- McGuire, M.T., Wing, R.R., Hill, J.O. (1999). The prevalence of weight loss maintenance among American adults. *International Journal of Obesity and Relative Metabolic Disorders*; 23(12), 1314-9.
- Mennin, D., Heimberg, R.G., Turk, C.L., Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*; 43, 1281–1310.
- Mennin, D.S., Turk, C.L., Heimberg R.G., Carmin, C.N. (2004). Focusing on the regulation of emotion: a new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In: Reinecke, M.A., Clark, D.A. (a cura di). *Cognitive therapy over the lifespan: theory, research and practice*. New York: Wiley. p. 60-89.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Eckert, E.D., Pyle, R.L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *The American Journal of Psychiatry*; 142, 482–485.
- Mitchell, J.E., Mussell, M.P., Peterson, C.B., Crow, S., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Weller, C. (1999). Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*.; 26, 165–170.
- Moroshko, I., Brennan, L., O'Brien, P. (2011). Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*; 12(11): 912-34.
- Nardi, B. (2001). *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo. Nuove prospettive in psicologia e psichiatria clinica*. Milano: Franco Angeli.
- National Institutes of Health (1998) *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults—The Evidence Report*
- N.I.C.E. – National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Obesity: Guidance on the prevention of overweight and obesity in adults and children*. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Oldershaw, A. (2009). *Emotional Theory of Mind in Anorexia Nervosa : State or Trait ?* Ph.D. thesis, Institute of Psychiatry, King's College London.
- Olson, S.L., Sameroff, A.J., Kerr, D.C., Lopez, N.L., Wellman, H.M. (2005). Developmental foundations of externalizing problems in young children: The role of effortful control. *Development and Psychopathology*; 17, 25-45.
- Pacanowski, C.R., Senso, M.M., Oriogun, K., Crain, A.L., Sherwood, N.E. (2014). Binge eating behavior and weight loss maintenance over a 2-year period. *Journal of Obesity*; 2014, 249315.
- Pagoto, S., Bodenlos, J.S., Kantor, L., Gitkind, M., Curtin, C., Ma, Y. (2007). Association of major depression and binge eating disorder with weight loss in a clinical setting. *Obesity (Silver Spring)*; 15(11), 2557-9.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Polivy, J, Herman, P. (1998). Distress and Eating: Why Do Dieters Overeat?. *International Journal Of Eating Disorders*; 26(2), 153-164.
- Pollatos, O., Herbert, B.M., Schandry, R., Gramann, K. (2008). Impaired central processing of emotional faces in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*; 70, 701–708
- Presnell, K., Pells, J., Stout, A., Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviors*; 9(2), 170-80.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E., Eckert, E.D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*.; 42, 60–64.
- Raymond, N. C., Bartholome, L. T., Lee, S. S., Peterson, R.E., Raatz, S.K. (2007). A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *International Journal of Eating Disorder*; 40(1), 67-71.
- Ruderman, A.J. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*.; 99, 247–262.
- Rusting, C.L., Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*; 74, 790–803.
- Salovey, P. (1992). Mood-induced self-focused attention. *Journal of Personality and Social Psychology*; 62(4), 699–707.

- Selby, E.A., Anestis, M.D., Joiner, T.E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*; 46, 593–611.
- Sher, K.J., Grekin, E.R. (2007). Alcohol and affect regulation. In: Gross, J.J. (a cura di). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press. p. 560–580.
- Sherwood, N.E., Jeffery, R.W., Wing, R.R. (1999). Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*; 23(5), 485–93.
- S.I.C.OB. – Società Italiana di Chirurgia dell’Obesità e delle Malattie Metaboliche (2008). *Linee Guida e Stato dell’Arte della Chirurgia Bariatrica e Metabolica in Italia*. [www.sicob.org](http://www.sicob.org)
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sica, C. (2010). Difficulties in emotion regulation scale (DERS): the Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva Comportamentale*; 16(2), 141–170.
- Sim, L., Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*; 33, 760–771
- Simmons, J.R., Smith, G.T., Hill, K.K. (2002). Validation of eating and dieting expectancy measures in two adolescent samples. *International Journal of Eating Disorders*; 31, 461–473.
- S.I.O – Società Italiana dell’Obesità (2010). *Obesità: i fatti*. [www.sio-obesità.org](http://www.sio-obesità.org)
- S.I.O – Società Italiana dell’Obesità (2012-13). *Standard Italiani per la cura dell’Obesità*. [www.sio-obesità.org](http://www.sio-obesità.org)
- Smith, G.T., Simmons, J.R., Flory, K., Annus, A.M., Hill, K.K. (2007). Thinness and eating expectancies predict subsequent binge eating and purging behavior among adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*; 116, 188–197.
- Strepparava, M.G., Rezzonico, G. (2005). Problematiche dell’Immagine Corporea e Precursori dei Disturbi Alimentari in Adolescenza. *Child Development & Disabilities*; 3, 21-44.
- Striegel-Moore, R.H., McAvay, G., Rodin, J. (1986). Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. *International Journal of Eating Disorders*; 5, 935-947.
- Sullivan, M.J. L., Bishop, S.R., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*; 7, 524–532.
- Tachi, T., Murakami, K., Murotsu, K., Washizuka, T. (2001). Affective states associated with bingeing and purging behaviours in Japanese patients with bulimia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*; 74, 487–496.
- Teixeira, P.J., Going, S.B., Houtkooper, L.B., Cussler, E.C., Metcalfe, L.L., Blew, R.M. et al. (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*; 28(9): 1124-33.
- Telch, C.F., Agras, W.S. (1996). The effects of short-term food deprivation on caloric intake in eating-disordered subjects. *Appetite*; 26, 221–234.
- Telch, C.F., Agras, W.S., Rossiter, E.M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*; 7, 115–119.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 1. The positive affects*. New York: Springer.
- Tomkins, S.S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: Vol. 2. The negative affects*. New York: Springer.
- Tseng, M.C., Lee, Y.J., Chen, S.Y., Lee, M.B., Lin, K.H., Chen, P.R. et al. (2002). Psychobehavioral response and weight loss prediction in a hospital-based weight reduction program. *Journal of Formosan Medical Association*; 101(10), 705-11.
- Vanderlinden J, Grave RD, Fernandez F, Vandereycken W, Pieters G, Noorduyn C. (2004). Which factors do provoke binge eating? An exploratory study in eating. *Eating and Weight Disorder*; 9(4), 300-5.

- Walcott, C.M., Landau, S. (2004). The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*; 33, 772-782.
- Waller, G., Corstorphine, E., Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*; 15, 317–331.
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*; 51, 59–91.
- 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, 162–169.
- Whiteside, S.P., Lynam, D.R. (2001). The five-factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*; 30, 669–689.
- W.H.O. – World Health Organization (2007). The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the strategies for response. [www.eurowho.int](http://www.eurowho.int)
- Wing, R.R., Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*; 82(1 Suppl): 222s-225s.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*; 150:1472–1479.
- 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 Disorder*; 15(2), 135-50.
- Zonneville-Bender, M.J., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., de Wildt, M., Stevelmans, E., van Engeland, H. (2004a). Emotional functioning in anorexia nervosa patients : adolescents compared to adults. *Depression and Anxiety* 19; 35–42.
- Zonneville-Bender, M.J., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, T.A., van Engeland, H. (2004b). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients – a controlled study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 13; 28–34.
- Zorzi, F., Bani, M. (2012). Costruzione e regolazione delle emozioni: teoria e ricerca del costruzionismo psicologico. In: Rezzonico, G., De Marco, I. (a cura di). *Lavorare con le emozioni nell’approccio costruttivista*. Torino: Bollati Boringhieri Editore; 2012; p. 44-63.

**Appendice A – Strumenti**

## State Trait Anxiety Inventory – Forma X1 (STAI –X1)

(Spielberger e coll., 1983; trad. It. Lazzari e Pancheri – tratto da Cognitive-Behavioral Assessment – CBA 2.0 di Sanavio e coll., 1985 )

### Istruzioni:

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi.

Legga ciascuna frase e poi contrassegni la risposta che indica come lei si sente ADESSO, cioè in questo preciso momento, mentre sta iniziando a compilare questo test.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Risponda a TUTTE le domande.

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e scelga la sua risposta tra le seguenti:

<sup>1</sup> = PER NULLA      <sup>2</sup> = UN POCO      <sup>3</sup> = ABBASTANZA      <sup>4</sup> = MOLTISSIMO

	PER NULLA	UN POCO	ABBASTANZA	MOLTISSIMO
2.01 Mi sento calmo.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.02 Mi sento sicuro.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.03 Sono teso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.04 Ho dei rimpianti.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.05 Mi sento tranquillo.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.06 Mi sento turbato.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.07 Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.08 Mi sento riposato.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.09 Mi sento ansioso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.10 Mi sento a mio agio.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.11 Mi sento sicuro di me.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.12 Mi sento nervoso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.13 Sono agitato.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.14 Mi sento molto teso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.15 Sono rilassato.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.16 Mi sento contento.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.17 Sono preoccupato.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.18 Mi sento sovraeccitato e scosso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.19 Mi sento allegro.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2.20 Mi sento bene.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

## State Trait Anxiety Inventory – Forma X2 (STAI –X2)

(Spielberger e coll., 1983; trad. It. Lazzari e Pancheri – tratto da Cognitive-Behavioral Assessment – CBA 2.0 di Sanavio e coll., 1985 )

### Istruzioni:

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la risposta che indica come lei si sente ABITUDINALMENTE. Risponda pensando a come lei è di solito, non al momento attuale.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Risponda a TUTTE le domande.

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e scelga la sua risposta tra le seguenti:

<sup>1</sup> = QUASI MAI      <sup>2</sup> = QUALCHE VOLTA      <sup>3</sup> = SPESSO      <sup>4</sup> = QUASI SEMPRE

	QUASI MAI	QUALCHE VOLTA	SPESSO	QUASI SEMPRE
3.01 Mi sento bene.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.02 Mi stanco facilmente.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.03 Mi sento come se dovessi piangere.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.04 Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.05 Spesso perdo delle occasioni perché non riesco a decidermi abbastanza in fretta....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.06 Mi sento riposato.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.07 Io sono calmo, tranquillo e padrone di me.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.08 Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.09 Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.10 Sono felice.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.11 Tendo a considerare “difficili” le cose.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.12 Manco di fiducia in me stesso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.13 Mi sento sicuro.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.14 Cerco di evitare di affrontare crisi o difficoltà.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.15 Mi sento stanco e depresso.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.16 Sono contento.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.17 Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.18 Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.19 Sono una persona costante.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3.20 Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

## Questionario D (QD)

(Bertolotti e coll., 1985 - tratto da Cognitive Behavioural Assessment 2.0 - CBA 2.0 di Sanavio e coll., 1985)

### Istruzioni:

Controlli se le seguenti affermazioni descrivono correttamente la sua ATTUALE condizione di vita. Legga attentamente ogni frase e scelga una delle seguenti risposte:

SÌ  NO

- |      |   |                             |                             |
|------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 8.01 | Ho difficoltà ad addormentarmi senza pastiglie.....             | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.02 | Penso più lentamente del solito.....                            | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.03 | Mi è più difficile concentrarmi sul lavoro.....                 | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.04 | Ho spesso voglia di piangere.....                               | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.05 | Mi stanco molto facilmente.....                                 | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.06 | Ho un appetito normale.....                                     | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.07 | Il mio interesse per il sesso è diminuito.....                  | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.08 | Mi sento di peso agli altri.....                                | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.09 | La vita merita di essere vissuta.....                           | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.10 | Mi lamento molto.....   | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.11 | Ho sempre la gola secca.....                                    | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.12 | Mi sento abbandonato dagli altri.....                           | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.13 | Talvolta vorrei essere morto.....                               | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.14 | L'interesse per le cose che mi piacevano è diminuito.....       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.15 | Mi sento depresso per l'intero arco della giornata.....         | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.16 | Sono diventato più lento nel fare le cose.....                  | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.17 | Penso che il futuro non mi riservi niente di buono.....         | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.18 | Mi sembra che il tempo non passi mai.....                       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.19 | Talvolta mi capita di sentirmi giù dalla mattina alla sera..... | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.20 | Mi pare che i cibi abbiano tutti lo stesso sapore.....          | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.21 | Mi pesa prendere qualsiasi decisione.....                       | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.22 | Vorrei avere il coraggio di togliermi la vita.....              | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.23 | Non curo il mio aspetto come prima.....                         | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| 8.24 | La mattina sono sempre fiacco e senza forze.....                | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |



## Binge Eating Scale (BES)

(Gormally e coll., 1982; trad. It Di Bernardo e coll., 1997)

### Istruzioni:

La compilazione di questo questionario deve essere effettuata mettendo una crocetta su quella affermazione che sembra più congeniale nel descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario porre la crocetta su una sola delle quattro possibilità.

- 01)  Non penso consciamente al mio peso ed alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone.  
 Mi preoccupo del mio aspetto, ma questo non mi rende normalmente insoddisfatto/a di me stesso/a.  
 Sono consapevole del mio aspetto e del mio peso e questo mi rende deluso/a di me stesso/a.  
 Sono molto consapevole del mio peso e spesso provo forte vergogna e disgusto per me stesso/a. Perciò cerco di evitare di incontrare altre persone.
- 02)  Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduto/a in maniera corretta.  
 Mi sembra di trangugiare il cibo. Nonostante ciò, non finisco per sentirmi troppo pieno/a per aver mangiato eccessivamente.  
 Talvolta, tendo a mangiare velocemente e dopo mi sento troppo pieno/a.  
 Ho l'abitudine di ingoiare il cibo quasi senza masticarlo. Quando faccio così, di solito mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo.
- 03)  Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo.  
 Penso di aver minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone.  
 Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo.  
 Siccome mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione, sto cercando disperatamente di raggiungere il controllo sul cibo.
- 04)  Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiato.  
 Qualche volta mangio quando sono annoiato, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo.  
 Ho una vera abitudine di mangiare quando sono annoiato, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo.  
 Ho una forte abitudine di mangiare quando sono annoiato. Niente riesce a farmi smettere.
- 05)  Quando mangio qualcosa, di solito, è perché ho fame.  
 Talvolta mangio qualcosa d'impulso, senza avere veramente fame.  
 Mangio regolarmente per soddisfare una sensazione di fame, pur non avendo davvero bisogno fisicamente del cibo. In queste occasioni, non riesco neanche a gustare quello che mangio.  
 Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatto solo quando riesco a mangiare qualcosa per riempirmi la bocca, come un pezzo di pane. Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare.
- 06)  Non mi sento per nulla in colpa, ne provo odio per me stesso/a, dopo aver mangiato troppo.  
 Talvolta, mi sento in colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo.  
 Quasi sempre vivo con un forte senso di colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo.
- 07)  Quando sono a dieta, non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche dopo periodi in cui ho mangiato troppo.  
 Quando sono a dieta e mangio cibo "proibito, sento che ormai ho "sgarrato" e mangio ancora di più.  
 Quando sono a dieta e mangio troppo spesso mi dico: "Ormai ho sgarrato, perché non vai fino in fondo?" Quando questo succede, mangio ancora di più.  
 Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni.

- 08)  Raramente mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.  
 Circa una volta al mese, mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.  
 Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti.  
 Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male ed ho nausea.
- 09)  La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo.  
 Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di ridurre al minimo le calorie, per compensare l'eccesso di calorie che ho mangiato.  
 Abituamente mangio troppo di notte. Solitamente non ho fame la mattina e mangio troppo la sera.  
 Da adulto, ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete "da fame", a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni.
- 10)  Di solito riesco a smettere di mangiare quando voglio. So quando è ora di dire basta.  
 Talvolta avverto un impulso incontrollabile a mangiare.  
 Frequentemente avverto forti impulsi a mangiare, che sembrano incapace di controllare, mentre altre volte riesco a controllarmi.  
 Mi sento incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non riuscire a smettere di mangiare volontariamente.
- 11)  Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno/a.  
 Di solito posso smettere di mangiare quando sono pieno/a, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.  
 Per me è un problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito mi sento sgradevolmente pieno/a dopo aver finito di mangiare.  
 Siccome per me è un problema smettere di mangiare, qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo.
- 12)  Quando sono con gli altri (incontri familiari, occasioni speciali) mi sembra di mangiare come quando sono solo.  
 Talvolta quando sono con gli altri non mangio quanto vorrei, perché sono consapevole del mio disagio verso il cibo.  
 Spesso mangio poco quando sono con altre persone, perché mangiare di fronte agli altri mi imbarazza.  
 Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scelgo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto.
- 13)  Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino.  
 Faccio tre pasti al giorno e normalmente anche gli spuntini.  
 Quando faccio molti spuntini, salto i pasti regolari.  
 Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari.
- 14)  Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare non desiderati.  
 Almeno qualche volta, la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare i miei impulsi a mangiare.  
 Sento che spesso passo molto tempo a pensare a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare più.  
 Mi sembra che la maggior parte del mio tempo la mia mente sia occupata da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare.
- 15)  Non penso molto al cibo.  
 Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo.  
 Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo.  
 La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare.
- 16)  Di solito se sono affamato/a oppure no, prendo la giusta porzione per saziarmi.  
 Occasionalmente, sono incerto/a se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziarmi.  
 Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non ho idea precisa di quanto sarebbe una "normale" quantità di cibo per me.

## Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS)

(Gratz e Roemer, 2004; trad it. Fossati e Borroni)

### SCALA SULLA DIFFICOLTA' NELLA REGOLAZIONE EMOTIVA (DERS)<sup>1</sup>

Per favore indichi quanto spesso le seguenti affermazioni si adattano a Lei, scrivendo il numero che ritiene appropriato, e che trova nella scala qui di seguito, sulla linea di fianco ad ogni item:

---

1	2	3	4	5
quasi mai (0-10%)	qualche volta (11-35%)	circa la metà del tempo (36-65%)	la maggior parte del tempo (66-90%)	quasi sempre (91-100%)

---

- \_\_\_\_\_ 1) Ho le idee chiare sui miei sentimenti.
- \_\_\_\_\_ 2) Presto attenzione a come mi sento.
- \_\_\_\_\_ 3) Esperisco le mie emozioni come schiaccianti e al di fuori del mio controllo.
- \_\_\_\_\_ 4) Non ho idea di come mi sento.
- \_\_\_\_\_ 5) Ho difficoltà a capire il significato dei mie sentimenti.
- \_\_\_\_\_ 6) Sono attento ai miei sentimenti.
- \_\_\_\_\_ 7) So esattamente come mi sento.
- \_\_\_\_\_ 8) Mi preoccupo di quello che provo.
- \_\_\_\_\_ 9) Sono confuso su come mi sento.
- \_\_\_\_\_ 10) Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni.
- \_\_\_\_\_ 11) Quando sono turbato, divento arrabbiato con me stesso per il fatto di sentirmi in quel modo.
- \_\_\_\_\_ 12) Quando sono turbato, mi sento a disagio per sentirmi in quel modo.
- \_\_\_\_\_ 13) Quando sono turbato, ho difficoltà a portare a termine il lavoro
- \_\_\_\_\_ 14) Quando sono turbato, perdo il controllo.
- \_\_\_\_\_ 15) Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo
- \_\_\_\_\_ 16) Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi molto depresso.
- \_\_\_\_\_ 17) Quando sono turbato, credo che i miei sentimenti sono legittimi ed importanti.

---

<sup>1</sup> Copyright © di Kim L. Gratz. Traduzione italiana a cura di Andrea Fossati, Serena Borroni Facoltà di Psicologia, Università Vita-Salute San Raffaele, via Stamira D'Ancona, 20, 20127 Milano.

---

1	2	3	4	5
quasi mai (0-10%)	qualche volta (11-35%)	circa la metà del tempo (36-65%)	la maggior parte del tempo (66-90%)	quasi sempre (91-100%)

---

- \_\_\_\_\_ 18) Quando sono turbato, ho difficoltà a concentrarmi su altre cose.
- \_\_\_\_\_ 19) Quando sono turbato, mi sento senza controllo.
- \_\_\_\_\_ 20) Quando sono turbato, riesco ancora a fare delle cose .
- \_\_\_\_\_ 21) Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso per sentirmi in quel modo.
- \_\_\_\_\_ 22) Quando sono turbato, so che posso trovare un modo per sentirmi meglio col tempo.
- \_\_\_\_\_ 23) Quando sono turbato, mi sento debole.
- \_\_\_\_\_ 24) Quando sono turbato, sento di poter mantenere il controllo dei miei comportamenti.
- \_\_\_\_\_ 25) Quando sono turbato, mi sento in colpa per sentirmi in quel modo.
- \_\_\_\_\_ 26) Quando sono turbato, ho difficoltà a concentrarmi.
- \_\_\_\_\_ 27) Quando sono turbato, ho difficoltà a controllare i miei comportamenti.
- \_\_\_\_\_ 28) Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio.
- \_\_\_\_\_ 29) Quando sono turbato, mi irrita con me stesso per sentirmi in quel modo
- \_\_\_\_\_ 30) Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto arrabbiato con me stesso
- \_\_\_\_\_ 31) Quando sono turbato, credo che tutto ciò che posso fare sia crogiolarmi in questo.
- \_\_\_\_\_ 32) Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti.
- \_\_\_\_\_ 33) Quando sono turbato, ho difficoltà a pensare a qualsiasi altra cosa.
- \_\_\_\_\_ 34) Quando sono turbato, prendo del tempo per riuscire a capire come mi sto veramente sentendo.
- \_\_\_\_\_ 35) Quando sono turbato, ci vuole molto tempo per sentirmi meglio.
- \_\_\_\_\_ 36) Quando sono turbato, mi sento sopraffatto dalle mie emozioni.

**Grazie per la collaborazione**

## Appendice B

### STATO CIVILE

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Celibe/nubile	2287	38,2	38,5	38,5
	Coniugato/a	3105	51,8	52,3	90,8
	Vedovo/a	131	2,2	2,2	93,0
	Altro	412	6,9	6,9	100,0
	4	1	,0	,0	100,0
	Totale	5936	99,1	100,0	
Mancanti	Mancante di sistema	55	,9		
Totale		5991	100,0		

Tab.24: Distribuzione di frequenza della variabile Stato Civile

### TITOLO DI STUDIO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Elementari	127	2,1	2,1	2,1
	Medie	735	12,3	12,3	14,5
	Superiori	2867	47,9	48,1	62,6
	Diploma Universitario	64	1,1	1,1	63,6
	Laurea	2048	34,2	34,4	98,0
	Altro	120	2,0	2,0	100,0
	Totale	5961	99,5	100,0	
Mancanti	Mancante di sistema	30	,5		
Totale		5991	100,0		

Tab.25: Distribuzione di frequenza della variabile Titolo di Studio

### PROFESSIONE

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Disoccupato	112	1,9	1,9	1,9
	Studente	400	6,7	6,7	8,6
	Casalinga	364	6,1	6,1	14,7
	Pensionato	545	9,1	9,2	23,9
	Operaio	170	2,8	2,9	26,8
	Impiegato	2713	45,3	45,6	72,4
	Libero professionista	310	5,2	5,2	77,6
	Altro	1331	22,2	22,4	100,0
	Totale	5945	99,2	100,0	
Mancanti	Mancante di sistema	46	,8		
Totale		5991	100,0		

Tab.26: Distribuzione di frequenza della variabile Professione

### MOTIVO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Estetico/educazione alimentare	5855	97,7	97,7	97,7
	Invito a perdere peso curante/specialista	93	1,6	1,6	99,3
	Educazione alimentare	21	,4	,4	99,6
	Valutazione composizione corporea	2	,0	,0	99,7
	Dca - invio da curante/specialista	10	,2	,2	99,8
	Altro	10	,2	,2	100,0
	Totale	5991	100,0	100,0	

Tab.27: Distribuzione di frequenza della variabile Motivo: motivo per il quale i soggetti del campione hanno deciso di rivolgersi ad un centro di dietoterapia

### SPORT

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	0	2502	41,8	41,8	41,8
	1	3488	58,2	58,2	100,0
	Totale	5990	100,0	100,0	
Mancanti	Mancante di sistema	1	,0		
Totale		5991	100,0		

Tab.28: Distribuzione di frequenza della variabile Sport: 0 = nessuna attività sportiva; 1 = pratica di attività sportiva

### FUMO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Si	1279	21,3	21,3	21,3
	No	3152	52,6	52,6	74,0
	Ex fumatore	1560	26,0	26,0	100,0
	Totale	5991	100,0	100,0	

Tab.29: Distribuzione di frequenza della variabile Fumo

### DIETA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Si	400	6,7	6,7	6,7
	No	5591	93,3	93,3	100,0
	Totale	5991	100,0	100,0	

Tab.30: Distribuzione di frequenza della variabile Dieta: valuta se i soggetti, al momento della prima visita, stiano seguendo già una dieta specifica

### TIPO DI DIETA

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	No	5773	96,4	96,4	96,4
	Ipocalorica	127	2,1	2,1	98,5
	Ipocalorica + farmaci anoressizzanti	3	,1	,1	98,5
	Di mantenimento	1	,0	,0	98,6
	Per celiachia	8	,1	,1	98,7
	Iposodica	3	,1	,1	98,7
	Vegetariana	9	,2	,2	98,9
	Altro	66	1,1	1,1	100,0
	Totale	5990	100,0	100,0	
	Mancanti	Mancante di sistema	1	,0	
Totale		5991	100,0		

Tab.31: Distribuzione di frequenza della variabile Tipo di Dieta: valuta quale tipologia di dieta seguono i soggetti che, al momento della prima visita, sono già in dietoterapia.

### DIETA IN PASSATO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Si	3734	62,3	62,3	62,3
	No	2257	37,7	37,7	100,0
Totale		5991	100,0	100,0	

Tab.32: Distribuzione di frequenza della variabile Dieta in Passato: valuta se i soggetti abbiano già seguito percorsi dietoterapici in passato



### TIPO DI DIETA IN PASSATO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Nessuna	2755	46,0	46,0	46,0
	ipocalorica	2426	40,5	40,5	86,5
	ipocalorica + farmaci anoressizzanti	331	5,5	5,5	92,0
	di mantenimento	2	,0	,0	92,0
	per celiachia	2	,0	,0	92,1
	vegetariana	6	,1	,1	92,2
	Altro	469	7,8	7,8	100,0
	Totale	5991	100,0	100,0	

Tab.32: Distribuzione di frequenza della variabile Tipo di Dieta in Passato: valuta quale regime dietetico è stato effettuato dai soggetti che si sono sottoposti a dietoterapia in passato

### APPETITO

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Normale	4751	79,3	79,3	79,3
	Scarso	93	1,6	1,6	80,9
	Abbondante	1147	19,1	19,1	100,0
	Totale	5991	100,0	100,0	

Tab.33: Distribuzione di frequenza della variabile Appetito: valuta la percezione del proprio appetito da parte dei soggetti

### FAME

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Emotiva	2690	44,9	44,9	44,9
	Vera	2123	35,4	35,4	80,3
	Notturna	18	,3	,3	80,6
	Occasionalmente emotiva	1152	19,2	19,2	99,9
	Occasionalmente notturna	8	,1	,1	100,0
	Totale	5991	100,0	100,0	

Tab.34: Distribuzione di frequenza della variabile Fame: valuta la percezione della propria fame da parte dei soggetti