

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Alessandra Tronci¹

¹Studio di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale, Lecce

Riassunto

Il seguente articolo affronta il disturbo da alimentazione incontrollata, la sua relazione con altri disturbi dello spettro alimentare stesso (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbi del comportamento alimentare NAS, condotte atipiche del comportamento alimentare che però non si configurano come un vero e proprio disturbo alimentare per quantità e gravità dei sintomi) e la sua comorbidità con altri disturbi psichiatrici come la depressione atipica, i disturbi dissociativi e quelli di personalità e con l'obesità. Viene inoltre descritto il rapporto tra obesità, disturbo da alimentazione incontrollata e immagine corporea, e la funzione svolta dall'immagine corporea nel mantenere e aggravare il disturbo. Vengono descritti i trattamenti psicoterapeutici in uso per tale disturbo nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale e riportata una rassegna di test, questionari, interviste cliniche maggiormente utilizzate in ambito clinico per la diagnosi del DAI e di alcune patologie psichiatriche più frequentemente associate.

Summary

The following article deals with binge eating disorder, its relationship with other eating spectrum's disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, not otherwise specified eating disorders, atypical dietary behaviours which don't appear such a clear eating disorder for number and severity of symptoms) and its comorbidity with other mental disorders such as atypical depression, dissociative and personality disorders and obesity.

The article also describes the relationship between obesity, binge eating disorder and body image and the role played by body image to maintain and exacerbate this disorder.

The article describes the usual psychotherapeutic treatments in cognitive-behavior therapy ambit for this disorder and review tests, questionnaires, clinical interviews more used in clinical work to diagnose binge eating disorder and some psychiatric disorders more frequently associated.

Introduzione

Una larga parte della nosografia psichiatrica e, in particolare, l'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV, APA, 1994), tende ad individuare essenzialmente in due sindromi, l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN), l'insieme dei disturbi dell'alimentazione. Caratteristica fondamentale comune ad entrambe le sindromi è la presenza di un'alterata percezione del peso e della propria immagine corporea. L'aspetto tipico dell'AN è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale, mentre la BN è caratterizzata da ricorrenti episodi di "abbuffate" seguiti dall'adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno, iperattività

fisica). I disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessun disturbo specifico vengono classificati come "disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati" (NAS). Tra questi, particolare interesse suscita il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o *Binge Eating Disorder* (BED) degli autori anglosassoni inserito nell'appendice B del DSM-IV (APA, 1994), nella versione italiana.

L'espressione *Binge eating* è stata coniata da Hyman Cohen, professore di liceo in cura presso Stunkard per un problema di obesità. Può trovare la traduzione italiana con "abbuffata compulsiva", anche se letteralmente, significa "cedere alla tentazione di mangiare". Oggi giorno è usata in psichiatria per comporre il nome di una diagnosi il *Binge Eating Disorder* o Disturbo d'Alimentazione Incontrollata.

Il Disturbo da alimentazione incontrollata, conosciuto in letteratura sin dal 1950, è caratterizzato da episodi di abbuffate ricorrenti e reiterate nel corso della giornata è associato alla sensazione di perdere il controllo dell'atto del mangiare. (Tavola1). Questo disturbo può condurre all'assunzione di un'elevata quantità di cibo e a conseguente aumento ponderale.

Il DSM IV indica per il DAI, un insieme di criteri che hanno bisogno di ulteriori studi. Secondo il DSM IV non vi sono ancora informazioni sufficienti per stabilire una diagnosi standard, ma non è errato dire che, episodi frequenti di abbuffate, senza successive condotte compensatorie sono il denominatore comune fra i soggetti afflitti dal DAI.

<p>Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata</p> <p>Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per entrambi i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangiare, in un periodo definito di tempo (ad esempio entro due ore), una quantità di cibo assai superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo ed in circostanze simili. • Sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (ad esempio, sensazione di non riuscire a fermarsi mentre si sta mangiando).
<p>Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre o più dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangiare molto più rapidamente del normale • Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni. • Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati. • Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando. • Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.
<p>È presente marcato disagio riguardo al mangiare incontrollato</p>
<p>Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per due giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi</p>
<p>L'alimentazione incontrollata non è associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (ad esempio digiuno, vomito provocato, esercizio fisico prolungato, uso di purganti)</p>

Tavola 1. I criteri diagnostici per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DSM-IV)

È stato a lungo dibattuto se i disturbi dell'alimentazione rappresentino un "continuum", che va dal comportamento alimentare normale alla sindrome franca, o se invece costituiscano categorie discrete, qualitativamente distinte, che comprendono anche il semplice "seguire diete" (*dieting*) e "fare abbuffate" (*binge*) (Polivy e Herman, 1987).

Coloro che sostengono l'ipotesi del "continuum" specificano che esistono numerosi disturbi distribuiti in modo continuo nella popolazione generale e il problema non consiste nel fatto che un individuo abbia o no il disturbo, ma piuttosto che quota di esso ne presenti (Striegel-Moore, 1992).

Numerosi studi hanno dimostrato, infatti, come AN e BN, considerate forme cliniche conclamate, colpiscano solo la metà delle persone che si rivolgono ai servizi per la cura dei problemi dell'alimentazione, mentre, nella popolazione generale, le forme atipiche, definite anche sindromi parziali, subcliniche, sottodiagnostiche, subliminali, subfrequenti e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, sono molto più rappresentate delle forme conclamate (Shisslak et al., 1995).

Epidemiologia

Si stima una frequenza del disturbo da alimentazione incontrollata (DAI), nei campioni di popolazione generale statunitense, pari al 2% – 5%, mentre negli obesi che cercano di dimagrire e si rivolgono a strutture specialistiche tale frequenza varia dal 15% al 50% con una media del 30% (Marcus, 1995). Altri studi riportano in campioni di popolazione generale un tasso di prevalenza dallo 0,7 al 4% (DSM IV), (0,6-3% - Gardner e Dalle Grave, 1999).

Il DAI è più frequente nel sesso femminile con un rapporto maschi/femmine di 2/3. L'età media di insorgenza è 15 -19 anni e all'inizio ma anche dopo la terza decade spesso a seguito di una significativa perdita di peso attraverso la dieta; dopo i 30 anni mantiene un andamento costante fino ai 55 anni e poi si assiste ad una flessione netta nella senescenza. È presente in tutte le classi sociali, soprattutto tra quelle di livello socioeconomico più basso. Rispetto ai soggetti obesi, gli obesi con DAI sembrano mostrare una familiarità per obesità più elevata, un'età di insorgenza dell'obesità più precoce, spesso preceduta da un periodo di alcuni mesi durante il quale si sono sottoposti ad una dieta a basso contenuto calorico per sovrappeso (Fairburn e Wilson, 1993).

Comportamenti alimentari anomali "Non-BED"

L'analisi dei disturbi alimentari rivela che esistono ulteriori varianti diverse dal BED, forme meno note che possono anche precedere o coesistere con il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

"Night Eating Syndrome" (Sindrome da alimentazione notturna): caratterizzata da assenza di fame la mattina (talora fino al tardo pomeriggio), alimentazione in eccesso la sera, difficoltà ad addormentarsi (spesso è necessario mangiare qualcosa per riuscire ad addormentarsi), risvegli notturni accompagnati dalla necessità di mangiare qualcosa per riuscire a riaddormentarsi, presenza di stress o di depressione. La NES differisce dal BED per tre motivi principali:

1. maggior numero di risvegli notturni
2. quantità di cibo assunta durante i risvegli notturni minore rispetto alle tipiche abbuffate (circa 270 kcal ad ogni risveglio nella NES, circa 1300 Kcal ad ogni abbuffata nel DAI)
3. minore preoccupazione per il peso e le forme corporee.

La NES va distinta anche dal Disturbo Notturno del Sonno associato al Disturbo dell'Alimentazione (NS-RED). Le persone affette da NES sono coscienti mentre mangiano e

ricordano con precisione quello che hanno assunto, quelle con NS-RED non sono coscienti mentre mangiano e non ricordano quello che hanno ingerito, inoltre soffrono di sonnambulismo, mangiano del cibo inusuale e in genere non hanno problemi di depressione e stress.

Nibbling: il soggetto non ha un vero e proprio problema di peso, ma è afflitto da una lieve depressione che lo induce, soprattutto nei momenti di noia ad assumere frequentemente piccole quantità di cibo (sbocconcellare) senza assumere un pasto normale e senza essere mai sazio. All'esordio, spesso, l'individuo opta per cibi poco calorici che gli consentono di mantenere un peso nella norma, a lungo andare, quantità e qualità degli "spuntini" variano fino a portare all'obesità.

Gorging: la persona assume grandi quantità di cibo ma poco frequentemente.

Exerciting: Il soggetto ha un'alimentazione equilibrata, però è ossessionato dall'idea di bruciare calorie attraverso un'estenuante attività fisica con l'obiettivo di mantenere un peso ideale e avere un corpo apprezzato dagli altri.

Vomiting: il soggetto si abbuffa in modo compulsivo e a volte ricorre al vomito auto-indotto pur di continuare a godere del piacere del cibo mantenendo così un peso normale o poco superiore.

Disturbo del Comportamento Alimentare Aspecifico: il peso è quasi sempre nei parametri normali del BMI, ciononostante, il soggetto per dimagrire ulteriormente, ricorre al vomito auto-indotto dopo i pasti normali.

Sindrome "Mastica e Sputa" (Chewing and spitting): tali soggetti passano parte del loro tempo a masticare grandi quantità di cibo che non viene deglutito. Questo disturbo non sempre viene riferito dalla persona che prova un senso di colpa e vergogna.

Dieta Cronica (Dieting): tali soggetti svolgono apparentemente una vita normale ma polarizzano i loro interessi verso un controllo esasperato del peso, una costante attenzione alla dieta e a sentimenti di angoscia ogni volta che questo varia rendendo problematica la loro vita sociale.

Etiopatogenesi dei Disturbi dell'Alimentazione

L'insorgenza di disturbi dell'alimentazione presuppone il considerare tali disturbi come sindromi ad eziologia multifattoriale. Tra i fattori di rischio:

Fattori socio-culturali: atteggiamento dei genitori (alte aspettative, prestazioni e peso) e dei coetanei (prese in giro), influenza dei media (atteggiamenti e prestazioni legate al ruolo), il *dieting*, "seguire diete" (Garfinkel e Dorian, 1997). È possibile che il cambiamento dei valori culturali nel tempo influenzi l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione, inoltre lo studio dei fattori di rischio sociali potrebbe essere utile per strategie preventive.

Fattori psicologici: una significativa preoccupazione per il peso e l'immagine del proprio corpo rappresenta un aspetto patognomonico dei disturbi dell'alimentazione (DSM-IV) che potrebbe precedere lo sviluppo di sintomi psicopatologici significativi del disturbo e costituisce un aspetto prodromico della sindrome franca (Cooper e Goodyer, 1997). Altri studi dimostrano come anche la difficoltà nel mettersi in rapporto con gli altri in modo autonomo (Garfinkel e Garnel, 1982; Bruck,

1973) sembra legata ad una ridotta autostima che può condurre a focalizzare l'attenzione sul proprio corpo per raggiungere un senso di valore personale (Frederich e Grow, 1996).

Obesità: associata spesso allo sviluppo di comportamenti di "dieting" e di un giudizio negativo di sé, sembra essere un fattore di rischio specifico dei disturbi dell'alimentazione.

Altri "stressors": sono considerati come fattori scatenanti o precipitanti, quali, ad esempio, la pubertà, il cambiamento di ruolo, vissuti di perdita o fallimento (Fairburn et al., 1997).

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e abbuffate

L'abbuffata oggettiva (Fairburn e Wilson, 1993) si differenzia da altre forme di alimentazione eccessiva come per es. "l'abbuffata soggettiva" per la quantità di cibo assunta che non è oggettivamente elevata e "l'alimentazione eccessiva" per l'assenza della perdita di controllo.

Quest'ultima è definita "oggettiva" se la quantità di cibo assunta è elevata, "soggettiva" se è scarsa (Fairburn e Wilson, 1993). Queste modalità di alimentazione eccessiva non si escludono reciprocamente, infatti, numerosi studi indicano che i soggetti con BED possono avere abbuffate oggettive e soggettive, come anche episodi di iperfagia oggettiva e soggettiva (Fairburn e Wilson, 1993). Per la diagnosi di BED è però necessaria la presenza di abbuffate oggettive.

La diagnosi di BED così descritta (Tab.1), differisce da quella adottata nella BN dove invece è richiesto un numero minimo di due episodi di abbuffate la settimana spesso seguite da ricorrenti ed inappropriati comportamenti di compenso (Garner e Dalle Grave, 1999).

Alcuni studi eseguiti in soggetti con DAI hanno dimostrato come le abbuffate non sono circoscritte a un limitato periodo di tempo, ma spesso continuano nell'arco dell'intera giornata (Marcus et al., 1992). Date le difficoltà potenziali nel ricordo e nella demarcazione dei singoli episodi, Rossiter et al. (1992), per la valutazione diagnostica, suggeriscono di focalizzare l'attenzione sul numero di "giorni bulimici", piuttosto che sul numero delle abbuffate. Altri studi hanno dimostrato che i pazienti con DAI hanno un'incapacità generale di regolare la loro alimentazione sia durante sia al di fuori delle abbuffate, inoltre mangiano di più durante i pasti rispetto ai soggetti di pari peso corporeo che non compiono abbuffate (Guss et al., 1994; Yanovski et al., 1992). Infine, la durata dei pasti dei soggetti obesi con DAI, sembra sia significativamente maggiore di quella degli obesi senza questo disturbo (Goldfein et al., 1993).

In sintesi i soggetti con DAI, rispetto ai soggetti in sovrappeso od obesi senza questo disturbo, mostrano un'alimentazione caotica con un elevato introito di cibo sia durante che fuori i pasti.

Obesità, Restrizione Alimentare e B.E.D.

Il *Binge Eating Disorder* (BED), insieme alla BN è il disturbo della condotta alimentare che più frequentemente si può incontrare nell'obesità. (Marcus et al., 1986). Numerosi soggetti affetti da DAI sono sovrappeso od obesi ed esiste una forte associazione tra DAI e obesità (nella BN i pazienti sono generalmente normopeso). L'esatta prevalenza di questo disturbo tra i soggetti obesi non è del tutto nota: varia dal 23% al 46% (De Zwaan et al., 1992; Lowe e Caputo, 1991), è pari al 28,6% (Loro e

Orleans, 1981), al 23% (Gormally et al., 1982), dal 20% al 30% (Spitzer et al., 1992; 1993). Studi più recenti, hanno evidenziato nei soggetti che richiedono un trattamento per l'obesità, una prevalenza più bassa del Disturbo di alimentazione incontrollata: 12,1% (Ramacciotti et al., 2000), 7,5% (Ricca et al., 2000).

I soggetti con BED presentano gradi variabili di obesità, mediamente sono più obesi e hanno una storia di fluttuazioni di peso più marcate rispetto ai soggetti non BED. I più hanno una lunga storia di tentativi ripetuti di stare a dieta, si sentono disperati per la difficoltà nel controllare l'assunzione di cibo e presentano elevata familiarità per obesità (Spitzer et al., 1992 e 1993).

La prevalenza del disturbo da alimentazione incontrollata aumenta con l'aumentare del BMI: BMI tra 25 e 28 il disturbo è presente nel 10% dei casi; BMI tra 28 e 31 nel 15% e tra 31 e 42 nel 40% (Telch et al., 1988). Rimane ancora aperta la questione se l'obesità sia una causa del BED, o questo sia antecedente ad essa. Una ricerca condotta da Wilson (1993), ha mostrato come i 2/3 del campione osservato riportasse episodi di "*Binge eating*" prima dell'incremento ponderale. L'obesità può comunque costituire un importante fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo da alimentazione incontrollata (Fairburn et al, 1998).

La maggior parte degli studi sul BED ne ha evidenziato la presenza in soggetti che presentano una storia clinica caratterizzata da un elevato numero di diete, trovando che i due elementi hanno una significativa correlazione. Se confrontati con soggetti obesi senza questo disturbo, quelli con DAI mangiano di più a pasto e fuori pasto e presentano livelli inferiori di restrizione alimentare anche a livello psicometrico (Ardevini et al., 1999; Dalle Grave, 1996; Marcus et al, 1992; Wilson e Smith, 1989). Nei soggetti con BED possono alternarsi periodi di dieta e lunghi periodi in cui le abbuffate non sono associate ad alcun tipo di restrizione alimentare. Le fasi di dieta potrebbero rappresentare un tentativo di recuperare il controllo sull'alimentazione e sul peso corporeo, controllo completamente perduto durante i periodi caratterizzati dalla presenza di abbuffate. (Marcus, 1995). Il controllo orale infine a motivo della sua maggiore rigidità, è vissuto in maniera più conflittuale negli obesi-BED che di conseguenza hanno più paura di ingrassare rispetto agli obesi non - BED. A questo proposito sembra interessante evidenziare due specifici comportamenti che possono essere presenti nel soggetto con comportamento alimentare *Binge Eating*: la restrizione e la disinibizione alimentare. La restrizione alimentare indica la tendenza del soggetto a ridurre consapevolmente l'apporto calorico al fine di limitare e controllare un incremento ponderale indesiderato. Ciò predispone a fenomeni di disinibizione alimentare (assunzione più o meno compulsiva di una ingente quantità di alimenti). Infatti il soggetto sottoposto a restrizione alimentare per un lungo periodo di tempo se esposto a particolari stimoli alimentari risponde con una assunzione di cibo maggiore di un soggetto non restrittore. Tale fenomeno è dato dalla perdita di controllo sulla propria alimentazione (disinibizione) ed è innescato dalla consapevolezza del soggetto stesso di aver superato la quantità di cibo precedentemente pensata e reputata "giusta".

Inoltre, mentre nella BN, la restrizione alimentare precede quasi sempre la comparsa di abbuffate, nel DAI invece, sembra che più della metà dei soggetti abbia delle abbuffate prima di iniziare a restringere l'alimentazione (Wilson et al, 1993).

Altri studi rilevano che nei pazienti con DAI, in contrasto con le precedenti speculazioni, la restrizione calorica e la perdita di peso corporeo non sembrano esacerbare le abbuffate (Agras et al, 1994; La Porte, 1992; Marcus et al, 1995; Wadden et al, 1992; Dalla Grave, 1996 e 1997), anzi, si è visto che con i programmi dimagranti questi soggetti riducono le abbuffate e migliorano il tono dell'umore (Gladis et al., 1998; Marcus et al., 1995). Infine il recupero del peso corporeo nei pazienti con DAI non sembra associarsi a un peggioramento del tono dell'umore o del comportamento bulimico (Marcus et al, 1995).

Il DAI potrebbe così essere concettualizzato come una “sindrome del discontrollo” generale nei confronti dell'alimentazione con associata una psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione in individui che sono vulnerabili all'obesità e/o alla depressione (Marcus, 1997). Quindi nei pazienti con DAI, la dieta potrebbe rappresentare un tentativo di recuperare un certo grado di controllo sull'alimentazione e sul peso corporeo riducendo il numero di abbuffate. Nella BN, invece le abbuffate, sembrano essere la diretta conseguenza della dieta ferrea a sua volta secondaria alla preoccupazione eccessiva per il peso e le forme corporee, psicopatologia specifica e centrale di questo disturbo (Garner e Dalla Grave, 1999).

Secondo Williamson, White et al. (2004) stimoli ambigui, informazioni riguardo al corpo o all'alimentazione attiverebbero dei *bias* cognitivi (attenzione, mnemonici etc) relativi allo schema corporeo che portano a valutazioni negative sul proprio peso e corpo (sovrastima del corpo e del peso) e conducono ad emozioni negative intollerabili. Lo schema corporeo (alterato) delle pazienti con disturbi alimentari è vissuto in modo così pervasivo da essere percepito come una realtà elicitando comportamenti atti a far fronte a questi stati affettivi intollerabili. Il *Binge eating* è visto come una possibile conseguenza di questo incremento dell'emozionalità. Stice (2001) suggerisce che il *binge eating* è determinato dal “doppio canale” ovvero dalla restrizione dietetica e dalla regolazione negativa delle emozioni.

Psicopatologia associata al disturbo da alimentazione incontrollata

Le persone affette dal DAI hanno un'elevata preoccupazione per il peso e le forme corporee, spesso soffrono di depressione e hanno importanti problemi interpersonali (Garner e Dalle Grave, 1999). Sul piano psicopatologico esistono diversi studi che mostrano un maggiore coinvolgimento degli Obesi BED rispetto ai non BED.

La sintomatologia conclamata nel soggetto obeso con DAI è caratterizzata da assunzioni di cibo massicce, disordinate, caotiche, vissute spesso in modo quasi automatico, passivo, che sono il risultato di una idea prevalente che assume, immediatamente prima che si scateni l'abbuffata, le caratteristiche di un'ossessione. Il bisogno di mangiare viene descritto dai pazienti come incoercibile e l'assunzione di

cibo come una vera e propria compulsione all'insegna della perdita di controllo su quanto ingurgitato e sulla durata dell'abbuffata stessa (Apfeldorfer, 1996).

Alcuni soggetti riferiscono che il loro comportamento alimentare incontrollato viene scatenato da alterazioni disforiche dell'umore, come depressione, ansia, irritabilità e tristezza variamente associate. Altri non sono in grado di individuare precisi fattori scatenanti, ma riferiscono sentimenti aspecifici di tensione che ricevono sollievo dal mangiare senza controllo. Altri ancora descrivono una qualità dissociativa degli episodi di abbuffata (sentirsi "intorpiditi" o "fuori di sé"). I soggetti con DAI non presentano elevati livelli di restrizione alimentare (Ardeviniet al., 1999; Marcus, 1995), non riescono, infatti, a limitare il loro introito calorico (Marcus, 1997) e molti soggetti mangiano tutto il giorno, senza programmare i pasti. I soggetti con BED possono ancora riferire che il loro modo di mangiare o il loro peso interferisce nei loro rapporti con gli altri, nel loro lavoro e nella loro possibilità di sentirsi contenti di sé. In confronto con i soggetti di peso uguale, ma senza queste abitudini alimentari, essi riferiscono più frequentemente disprezzo di sé, disgusto per le dimensioni corporee, depressione, ansia, preoccupazioni somatiche e vulnerabilità personale.

Nei parenti di primo grado dei pazienti con DAI è stata accertata l'elevata presenza di una storia di abuso di sostanze psicoattive (12%), alcolismo (47%) e disturbi affettivi maggiori (33%). I pazienti con DAI sembrano mostrare infine una elevata prevalenza di altri disturbi psichiatrici come i Disturbi Depressivi Maggiori, Disturbi di personalità e Disturbi correlati a sostanze.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Depressione

I soggetti Obesi con BED rispetto ai Non BED presentano una maggiore sofferenza psicologica e comorbidità psichiatrica e sarebbero caratterizzati da maggiore probabilità di incorrere in Disturbi dell'umore, mostrando in particolare una più alta prevalenza "lifetime" di episodi depressivi maggiori caratterizzati quasi tutti da incremento ponderale (Dudson e al., 1988; Yanovski et al., 1993; Marcus, 1993 e 1995; Prather e Williamson, 1998). In particolare Marcus et al. (1995) hanno osservato negli individui obesi con DAI una storia di depressione 12,9 volte più frequente rispetto a quelli senza questo disturbo e inoltre una stretta associazione tra peggioramento del tono dell'umore e aumento delle abbuffate (Marcus et al., 1990). Altri studi (Polivy e Herman, 1976) avevano già osservato che pazienti obesi coinvolti in un programma dietetico tendono ad aumentare di peso corporeo quando vanno incontro a un episodio di depressione maggiore. Si potrebbe avanzare l'ipotesi che, cambiamenti di peso durante episodi di depressione maggiore contribuiscano allo sviluppo di uno stato di sovrappeso o comunque favorire l'insorgenza del DAI.

Sempre Marcus (1995) osserva che circa il 23% dei pazienti obesi con DAI soddisfa i criteri diagnostici di depressione atipica (mantenimento di una reattività dell'umore, mangiare e dormire in eccesso e affaticamento severo) e inoltre gli individui con depressione atipica mostrano un quadro clinico, per quanto riguarda il disturbo dell'alimentazione, significativamente più grave rispetto a quelli senza questo disturbo. Infine non va sottovalutato che affrontare il pregiudizio sociale verso

l'obesità diffuso nel mondo occidentale e il senso di perdita di controllo nelle abbuffate che è fortemente egodistonico, possono contribuire allo sviluppo, causare o esacerbare la sintomatologia depressiva (Wadden e Stunkard, 1985; Garner e Dalle Grave, 1999).

Riassumendo, il tono dell'umore, il peso corporeo e le abbuffate sembrano interagire tra loro mantenendo la sintomatologia del disturbo da alimentazione incontrollata e rinforzando modalità disfunzionali di controllo dell'alimentazione, del peso corporeo e del tono dell'umore.

Le ricerche in questo settore ha maggiormente delineato alcune differenze psicopatologiche di base, rilevando, in aggiunta a quanto detto prima, una maggiore probabilità negli Obesi con DAI di incorrere in disturbi d'ansia ed una maggiore incidenza di disturbi di personalità.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi D'ansia

In generale, alcuni studi riferiscono nei soggetti con DAI, episodi di attacchi di panico. Marcus et al. (1990) evidenziano una maggiore incidenza di fobia sociale negli obesi con DAI rispetto ai soggetti obesi senza disturbo (22% vs 9%) mentre Ricca et al. (1998) evidenziano, molto spesso, la comparsa in corso di DAI del Disturbo d'Ansia Generalizzato.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi Di Personalità

Ricca et al. (1998) rilevano, nei soggetti obesi con DAI, una particolare frequenza del Disturbo Borderline di Personalità (14%) e del Disturbo di Personalità Evitante. Uno studio del 2000 (Wilfley et al.), evidenzia una relazione tra psicopatologia associata a BED, severità delle abbuffate ed esito del trattamento, dimostrando come la psicopatologia dell'Asse I non era associata, in condizioni basali, alla severità del BED, mentre la psicopatologia dell'Asse II era significativamente correlata alla severità delle abbuffate e alla psicopatologia del BED. Inoltre la presenza di un disturbo di personalità del *cluster B*, prediceva una più elevata frequenza di abbuffate un anno dopo la fine del trattamento.

Altri Disturbi

In questi ultimi anni sono state avanzate ipotesi suggestive secondo le quali i soggetti obesi con DAI avrebbero nella loro anamnesi personale una maggiore frequenza di episodi di violenza fisica e sessuale intra ed extra familiare. Ricerche retrospettive sembrerebbero confermare tale supposizione (Yanovski et al., 1993). Questo dato è stato preso in considerazione per spiegare la maggiore incidenza di disturbi dissociativi e depressivi: in particolare alcuni studi hanno evidenziato che gli obesi con DAI rispetto a quelli senza disturbo riportano più frequentemente una storia di abuso fisico e raggiungono punteggi elevati nelle scale di valutazione dei sintomi dissociativi (Dalle Grave et al., 1996 e 1997), anche se quest'ultimi rimangono significativamente inferiori a quelli osservati nella BN (Dalle Grave et al., 1997). Inoltre frequente è l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcool, caratteristica legata da alcuni studi agli obesi con DAI e da altri ai soggetti bulimici normopeso, più raramente in corso di obesità semplice (Alger et al., 1991; Marcus, 1995; Hudson et al., 1988; Ricca et al., 1998).

Binge Eating: Obesità e Immagine Corporea Negativa

Considerata la presenza del BED soprattutto in soggetti con obesità, non si possono trascurare le complicanze legate a quest'ultima che esacerbano la patologia BED già esistente. In particolare il riferimento è al rapporto tra obesità e immagine corporea negativa. Sebbene lo sviluppo di un'immagine corporea negativa dipenda da molteplici fattori individuali, familiari e socio-culturali, l'obesità sembra giocare un ruolo prominente, e questo non è sorprendente vista la stigmatizzazione dei soggetti con obesità esistente nei paesi occidentali (essere presi in giro a scuola da coetanei ed insegnanti, essere esclusi dalle attività sportive extrascolastiche, discriminati e giudicati meno efficienti nel lavoro, avere maggior difficoltà a trovare un compagno e spesso sposarsi con una persona di classe sociale inferiore, non trovare vestiti alla moda, essere discriminati e giudicati dai medici come persone prive di forza di volontà). Inoltre, la nostra società, assai preoccupata per il peso corporeo, considera le persone obese poco attraenti e dotate di scarsa "forza morale" e di "scarsa forza di volontà". L'individuo con un'immagine corporea negativa è costantemente ansioso, imbarazzato e vergognoso di sé perché crede che il suo aspetto riveli la sua inadeguatezza personale contribuendo all'idea di essere una persona senza capacità di autocontrollo, senza valore. Molte persone si considerano brutte e talora disgustose: alcune adottano peculiari comportamenti, come ad es. evitare di esporre il proprio corpo. Spesso soffrono di depressione e di bassa autostima e hanno relazioni interpersonali problematiche.

Molti studi hanno evidenziato che, in confronto agli individui normopeso quelli obesi sovrastimano e distorcono maggiormente la loro taglia corporea, sono più insoddisfatti del loro peso e delle forme corporee ed evitano con più frequenza le situazioni sociali perché sono preoccupati della loro apparenza (Collins et al., 1987; Tiggemann e Rothblum, 1988; Rosen, 1997) fino ad arrivare a un completo isolamento sociale. L'intensa preoccupazione per il peso e le forme corporee, sebbene possa essere costantemente presente durante il giorno, si accentua in modo particolare in alcune situazioni, ad esempio dopo aver mangiato e nelle occasioni sociali (Rosen, 1997).

L'immagine corporea negativa, ovvero "...la persistente insoddisfazione, preoccupazione e disagio nei confronti dell'apparenza fisica; ...deve, inoltre, essere presente un certo grado di danno nelle relazioni interpersonali, nelle attività sociali e nell'attività lavorativa" (Thompson 1992), è il più potente fattore che motiva le persone con obesità a cercare di dimagrire e di conseguenza ad entrare in circuiti disfunzionali che perpetuano, mantengono e creano il disturbo. È anche uno dei principali fattori implicati nel recupero del peso perduto.

Sembra sia inevitabile il dover adottare una concettualizzazione dell'immagine corporea negativa basata su un "continuum" che va da forme di moderata preoccupazione corporea a livelli estremi di disturbo. Un modello che si basa sul "continuum" soddisfa la maggior parte delle osservazioni effettuate in questo campo che hanno evidenziato l'esistenza di una correlazione positiva tra livelli di insoddisfazione corporea e altri disturbi, come ad esempio i disturbi dell'alimentazione e la depressione (Thompson, 1996). Al più alto livello del continuum si osserva una preoccupazione

corporea che si associa a gravi problemi nel funzionamento interpersonale e lavorativo e a comportamenti tipici di un disturbo dell'alimentazione come ad es. digiunare, abbuffarsi od usare condotte eliminative.

Caratteristiche comuni dei Disturbi Alimentari

I criteri diagnostici per un disturbo del comportamento alimentare "classico", come AN o BN, possono non essere soddisfatti a causa di una durata inferiore dei sintomi in termini di tempo, per una minore significatività clinica delle manifestazioni sintomatologiche o per una sovrapposizione di sintomi appartenenti a diverse categorie diagnostiche. Sarebbe tuttavia un errore sottovalutare questi disturbi partendo dal presupposto che non godono ancora di una chiara ed autonoma collocazione diagnostica, soprattutto alla luce di recenti dati statistici che stimano molto elevata la loro incidenza sul totale dei disturbi del comportamento alimentare. È quindi, forse, più opportuno delineare delle caratteristiche, non identificative di un singolo disturbo alimentare, ma comuni a tutti i disturbi del comportamento alimentare sia classici che NAS.

Tra queste:

- **Bassa autostima:** caratteristica più frequente spesso spinge gli individui a sovrastimare l'apparenza corporea, riponendo nel raggiungimento della migliore forma fisica aspettative irreali di successo e di realizzazione personale. Inoltre, contribuisce ad interpretare in maniera eccessivamente negativa eventuali "sconfitte" o "ricadute" alimentari, favorendo l'insorgere di un altro aspetto comune nei soggetti con disturbi alimentari, e cioè il "senso di colpa".
- **Senso di colpa:** l'imporre a se stessi una dieta troppo rigida stigmatizzando eventuali trasgressioni, non solo è un atteggiamento che favorisce l'accadimento di queste ultime, ma soprattutto rende facile l'insorgenza del senso di colpa per la non adempimento alle proprie prescrizioni innescando, dunque, un circolo vizioso (il soggetto alterna momenti di restrizione alimentare con altri di perdita di controllo), che porta allo sviluppo di pensieri e comportamenti perpetuanti l'obesità.
- **Sintomi depressivi:** l'incapacità di adempiere ad una rigida prescrizione alimentare unita allo sperimentare numerosi fallimenti, a lungo termine, può favorire l'insorgenza di sintomi depressivi che, in alcuni casi, possono risultare così significativi da interferire con le attività affettive, sociali e lavorative dei soggetti. Inoltre, il probabile utilizzo del cibo come "antidepressivo", tipico di questi soggetti, peggiora in maniera inesorabile la situazione.
- **Pensiero dicotomico:** è il modo di pensare contraddistinto dal catalogare le cose in maniera estrema, cioè "tutto o niente" comune alle persone con DCA e risulta pericoloso poichè rafforza il senso di fallimento di fronte anche ad una piccola "ricaduta" alimentare, favorendo l'insorgenza dei sensi di colpa, l'insinuarsi e il successivo perpetuarsi dei sintomi depressivi.
- **Perfezionismo clinico:** valutazione di Sé eccessivamente dipendente dall'inseguimento e dal raggiungimento determinato di standard personali esigenti ed autoimposti in almeno un

dominio saliente (controllo su alimentazione, peso, studio) nonostante le conseguenze avverse (Dalle Grave, 2003). La persona pensa che potrà essere accettata solo a condizione di dare il massimo delle proprie possibilità senza la minima smagliatura. Il giudizio altrui viene considerato l'unico modo per stimare il proprio valore.

In un'ottica costruttivista i pazienti che rientrano nell'ambito diagnostico dei DCA vengono inquadrati in unico "continuum", in quanto condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia le modalità di percepire la propria esperienza e di attribuirvi significati particolari. Si situano lungo il "continuum" a seconda delle loro manifestazioni sintomatologiche, del livello di attività/passività, dell'attribuzione interna/esterna e in generale per uno stile di relazione campo-dipendente. Nell'anoressia vi sarebbe una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita associata a un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa sarebbe tipicamente esterna con atteggiamento di autosufficienza e di lotta a oltranza contro un mondo disconfermante. Al contrario, nell'obesità psicogena si riscontrerebbe una motricità rallentata, con una modalità particolarmente passiva di affrontare la vita; l'attribuzione causale di colpa sarebbe interna con senso pervasivo di sconfitta, per cui le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a Sé. La Bulimia si troverebbe in una posizione intermedia, con ampie oscillazioni negli atteggiamenti che si alternano tra lo stile tipico dell'anoressia e quello dell'obesità. È per questo che molti autori preferiscono parlare di "Sindrome Anoressico - Bulimica", di "Spettro dei Disturbi dell'Alimentazione" (Pancheri e Cassano, 1999), oppure secondo un più specifico punto di vista costruttivista, di organizzazione di significato personale di tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni" (DAP) (Guidano, 1987 – 1991b; Arciero, 2002).

Il comportamento anoressico – bulimico sarebbe così un sintomo ambivalente e multideterminato: un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali, non importa se poi finisce con il procurare danno o punizione; un tentativo di opporsi alle eccessive aspettative altrui; un tentativo onnipotente di sviluppare, attraverso la disciplina del corpo e il controllo del cibo, un senso di autonomia e individualità (un'attività diversiva messa in atto per tentare di uscire da una dimensione psicologica ed esistenziale di dipendenza e impotenza). Questi fattori sarebbero accompagnati anche da tratti cognitivi caratteristici: errata percezione della propria immagine corporea; pensiero infantile di tipo "tutto o nulla", perlopiù centrato solo sul presente; pensieri e rituali ossessivo-compulsivi; percezione della realtà sociale attraverso un pensiero di tipo magico-persecutorio (bisogno/paura di essere "visti"). Le abbuffate e l'uso di purganti si accompagnano a molti altri comportamenti tendenzialmente o espressamente impulsivi o autodistruttivi, soprattutto nelle relazioni più intime e nella sessualità. Sempre più spesso si rileva, inoltre, l'abuso di molteplici sostanze psicoattive. La preoccupazione relativa al cibo e al peso diventa dunque una manifestazione piuttosto tarda, emblematica di un disturbo basilare del concetto di Sé. Infatti, la maggior parte di tali pazienti, riferisce di aver percepito da sempre interiormente la convinzione di essere completamente inadeguati e impotenti, incapaci di sostenere il giudizio degli altri. La percezione di un'interiorità vaga

e indefinita favorisce una determinante dipendenza dall'ambiente (campo – dipendenza) che porta a cercare una stabilizzazione del senso di sé attraverso la ricerca spasmodica di un punto di riferimento esterno. La ricerca di approvazione da parte di una persona significativa, l'adesione ad un modello ritenuto prestigioso, l'adeguamento alle aspettative dell'altro e il perfezionismo volto alla prevenzione delle disconferme e dei rifiuti diventano il mezzo per strutturare un'accettabilità personale soddisfacente e sfuggire dalla sensazione di inconsistenza. Tuttavia, la percezione di sé che deriva dall'adesione a un criterio esterno rimane costantemente vaga, anche quando il soggetto sente di corrispondere ai desideri dell'altro. La necessità di maturare un senso di coerenza interna talvolta rende questi soggetti iperattivi, spingendoli a impegnarsi freneticamente in molte attività, per evitare l'impressione di non sapere con certezza quello che vogliono dalla vita. Purtroppo questa strategia comporta il rischio di sentirsi ancora vuoti, indefiniti, inattendibili, con il risultato di orientarsi nuovamente verso un criterio esterno. (Blanco et al., 2005).

Il Trattamento Psicoterapeutico

Il trattamento del DAI comporta le difficoltà insite nel trattare contemporaneamente un disturbo della condotta alimentare e una condizione di obesità, presente nella maggior parte di questi pazienti. Se poi si considera che spesso il BED si presenta in comorbidità con altre psicopatologie, si aggiunge la necessità di trattare questi disturbi, oltre ai disturbi del Comportamento alimentare e all'obesità. (Blanco et al., 2005)

Finora sono state individuate essenzialmente due modalità di approccio al disturbo: l'Intervento Comportamentale e l'Intervento Cognitivo-Comportamentale (Ricca et al., 1998).

Le strategie più tradizionali dell'Intervento Comportamentale sono sovrapponibili a quanto descritto da Stunkard (1972 e successive modifiche 1979, 1985) e sono rappresentate da:

- automonitoraggio alimentare: avviene mediante l'utilizzo di un diario da compilare giornalmente in cui vengono registrate la qualità e la quantità di cibo assunto, ma anche il tempo impiegato per mangiare, il luogo dove il cibo viene assunto, le situazioni ambientali che si associano a tale assunzione.

Studi più recenti nell'ambito della CBT (Wilson e Vitousek, 1999) rilevano come l'auto-monitoraggio sia un componente centrale sia nell'*assessment* che nel trattamento dei disturbi alimentari poiché consente di avere una misura dettagliata del problema alimentare e, per il paziente, di avere dei *feed-back* sul proprio comportamento alimentare. Alcuni autori (Yanovski e Sebring 1994) rilevano inoltre come vi siano differenze tra i diversi tipi di disturbi alimentari nell'accuratezza della compilazione del diario. È emerso ad esempio che i pazienti con BED sono più accurati nel riportare l'introito calorico a differenza dei pazienti con la sola obesità. Tuttavia altre ricerche hanno dimostrato che sia il soggetto con BN che il soggetto con BED mostrano un *bias* verso l'etichettare episodi di alimentazione come abbuffate. Cioè tali persone spesso valutano come eccessivo il consumo anche di piccole quantità di cibo quando

questo trasgredisce le loro ristrette regole alimentari. (Rossiter e Agras 1990). Inoltre Williamson et al. (1991) rilevano come i soggetti con BED spesso sovrastimano l'episodio di abbuffata a differenza delle persone con la sola obesità che tendono a minimizzare l'introito calorico assunto.

- controllo degli stimoli: è finalizzato all'apprendimento di strategie individuali che consentano di gestire meglio una serie di situazioni che favoriscono o scatenano l'assunzione di cibo. Usando le procedure di controllo degli stimoli, gli antecedenti di pattern alimentari disturbati vengono ridotti per includere solo quelli che promuovono un'alimentazione salutare. Per esempio il paziente può essere istruito a mangiare solo quando è seduto a tavola (e non davanti alla TV). Gli stimoli possono essere modificati utilizzando la pianificazione dei pasti o alterando il ritmo dei pasti e in generale modificando l'azione dell'*eating* (velocità, uso di utensili, masticazione)
- TERP (*Temptation with Exposure Response Prevention*): a differenza della ERP (Esposizione con prevenzione della risposta), classicamente utilizzata nella bulimia e che cerca di prevenire comportamenti compensatori (vomito, etc) dopo aver mangiato, la TERP (Tentazione con Esposizione e Prevenzione della Risposta) si occupa di prevenire il *Binge Eating* sottoponendo la paziente all'esperienza sensoriale (odore, vista) di cibi favoriti prevenendo l'abbuffata (Williamson D.A et al.,1999).
- tecniche diversificate di rinforzo del comportamento (per es. utilizzando un sistema a punteggi).
- Con l'avvento del cognitivismo l'attenzione viene spostata sui processi di funzionamento mentale e sul finire degli anni '80 prende corpo il concetto di "ristrutturazione cognitiva" che insieme all'uso di tecniche metaforiche e successivamente al *problem solving* e il *decision-making* vengono applicati al trattamento dell'obesità (Perri et al. 1992).

La componente cognitiva della terapia focalizza l'attenzione sul riconoscimento e modifica di pensieri, credenze e aspettative disfunzionali che predispongono a travisare le proprie esperienze. Tale metodo è chiamato ristrutturazione cognitiva. Utilizzando questo metodo, i pensieri irrazionali sono identificati, messi alla prova, discussi e sostituiti con alternative più realistiche di pensiero.

Le tecniche metaforiche (Brownell, 1991) vengono inserite nella ristrutturazione cognitiva poiché danno la possibilità di trasmettere istruzioni in modo non direttivo, attenuando l'aspetto di critica o giudizio permettendo una comprensione intuitiva di fenomeni difficili da capire e comunicando qualcosa senza rivolgersi direttamente alla persona

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), in generale, sia individuale che di gruppo è incentrata su:

- *informazione del paziente* circa il cibo, gli alimenti e i sistemi metabolici coinvolti;
- *analisi del comportamento alimentare* tramite automonitoraggio quotidiano (diario alimentare) e controllo settimanale del peso;
- riconoscimento delle connessioni tra cognizioni, affetti e comportamento.

- educazione all'autocontrollo e all'osservazione del proprio modo di assumere il cibo in rapporto a pensieri ed emozioni;
- individuazione dei principali meccanismi psicologici che conducono all'abbuffata e modificazione di questi.

Rispetto all'intervento comportamentale tradizionale, l'introduzione, sia nella fase di assessment che di terapia, delle variabili cognitive ed emotive connesse con il problema alimentare, consentirebbe una comprensione più ampia dell'aspetto da curare e presuppone l'utilizzo di strategie terapeutiche (tecniche di *problem-solving*, *decision making* e di ristrutturazione cognitiva) che tengano conto di questi parametri. I risultati sembrano indicare come, nel medio e lungo periodo, l'approccio cognitivo-comportamentale favorisca un mantenimento dei risultati ottenuti nei primi mesi di terapia, a differenza di quanto risulta dalle indagini di *follow-up* sull'approccio comportamentale tradizionale (Casacchia M. et al., 2000).

La CBT agirebbe attraverso vari meccanismi ipotetici (Wilson e Fairburn, 1993):

- Modificando le attitudini abnormi verso peso e forme corporee riduce la frequenza delle abbuffate e del vomito;
- Riducendo la restrizione dietetica che a sua volta riduce il *binge-eating*. Ad un livello cognitivo la riduzione della restrizione dietetica è importante perché dissolve il pericolo del pensiero tutto-o-nulla rispetto al cibo;
- Aumentando l'auto-efficacia poiché, facendo mangiare diversi tipi di cibo, senza perdere il controllo, aiuta a fronteggiare quelle situazioni che elicitano il *binge eating*: l'aumento dell'auto-efficacia è associato a diminuzione del *binge eating*;
- Attraverso l'esposizione ai "cibi proibiti" (all'interno di pasti regolari) estinguendo l'ansia che segue all'introito di questi;
- bloccando, attraverso lo sviluppo di abilità di *coping* e il *problem solving*, lo schema di azione del *Binge eating* che si attiverebbe in risposta a specifiche situazioni.

Considerata l'elevata incidenza di obesità in soggetti con BED, sarebbe opportuno prestare un'attenzione particolare al problema "obesità", attraverso un approccio complementare, aggiuntivo, a quello utilizzato per il BED. A tal riguardo alcuni autori (Faith M.S. et al., 2000) propongono un approccio comportamentale al problema dell'obesità secondo più livelli che partono dalla modifica del peso corporeo all'accettazione del sovrappeso e si rivolgono sia al singolo che ai gruppi e alla società. Secondo tali autori l'intervento comportamentale dovrebbe provvedere a fornire in un primo momento quelle abilità per ridurre e mantenere il peso, successivamente promuovere e incrementare l'attività fisica e infine, intervenendo sul versante dell'accettazione dell'obesità, fornire a tali soggetti quelle competenze cognitive e comportamentali per fronteggiare la discriminazione sociale verso l'obesità. Gli autori prevedono altresì la promozione a livello sociale sia di abitudini antitetiche allo sviluppo dell'obesità, sia di interventi volti a ridurre il pregiudizio e la discriminazione sociale sia volti all'accettazione attraverso una visione più complessa e non stereotipata della persona con obesità.

In conclusione, la terapia del DAI, analogamente a quanto osservato per AN e BN, risulta complessa, esige tempi lunghi e necessità di un approccio integrato (al centro del quale si colloca l'intervento psicoterapico cognitivo-comportamentale), indirizzato sia al disturbo della condotta alimentare sia alla condizione di sovrappeso/obesità, visto anche l'effetto reciproco di potenziamento delle abbuffate e dell'incremento ponderale.

La Rosa e Liotti (1995) rilevano però come pur essendosi rivelati efficaci in molti casi, i protocolli di TCC incontrano una elevata percentuale di insuccessi nei casi più gravi di DCA, e in particolare in quelli in cui sussiste una comorbidità con i disturbi dissociativi (DD) e i disturbi *borderline* di personalità (DBP). La comorbidità tra DCA e DD o DBP viene spiegata, come conseguenza di un deficit o un'anomalia dei processi metacognitivi (monitoraggio cosciente dei contenuti dell'esperienza soggettiva, integrazione di memorie in strutture coerenti di significato) ai quali sarebbero anche correlate le alterazioni dello schema corporeo. Secondo i due autori, per affrontare adeguatamente questi problemi insiti nel DCA, il terapeuta dovrebbe privilegiare una conduzione attenta alla relazione terapeutica rispetto al tentativo di correggere le anomalie di pensiero attraverso le tecniche classiche di terapia cognitiva. Il razionale di tale necessità si baserebbe sulla dimostrata dipendenza dei processi metacognitivi dalla qualità della relazione interpersonale, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza nell'attaccamento e la disposizione alla cooperazione paritetica in vista di obiettivi congiunti (come nella valida alleanza terapeutica).

Secondo La Rosa e Liotti, per ottenere una buona relazione terapeutica è necessario considerare, momento per momento, lo stato motivazionale del paziente, in rapporto ai cinque fondamentali sistemi di controllo del comportamento interpersonale (attaccamento, accudimento, competizione per il rango, sessualità, cooperazione).

Diversamente da quanto asserito in uno studio di Wilson et.al (2002) rispetto all'assenza di evidenze che supportino l'ipotesi che l'alleanza terapeutica (misurata attraverso HRQ) sia un mediatore di cambiamento nei disturbi alimentari, constatato sia su protocolli di trattamento CBT che di IPT, Blanco, Canestri e A.Redda (2005) ritengono di fondamentale importanza, durante i primi colloqui dell'intervento, porre particolare attenzione alla gestione della relazione terapeutica, cercando con il paziente sintonia, fiducia e collaborazione ponendo attenzione alla sensibilità di tali pazienti al giudizio altrui e alla spiccata tendenza a compiacerne le aspettative.

Inoltre tali autori suggeriscono di evitare contratti terapeutici finalizzati alla modificazione del peso corporeo, poiché, sostengono essere obiettivo sotto controllo assoluto del paziente e per questo aumenterebbe la possibilità di insuccesso. Ritengono inoltre che fissare obiettivi legati all'alimentazione potrebbe fuorviare dalla reale comprensione dei sintomi alimentari come strategia relazionale per fronteggiare una sensazione inconsistente e vaga di sé.

Blanco, Canestri e Reda sostengono dunque che solo dopo aver stabilito una relazione terapeutica collaborativa e sintonica, si possa procedere alla riformulazione del problema attraverso l'analisi dello scompenso psicopatologico e la dettagliata ricostruzione della storia clinica del paziente. Tale

riformulazione che si articola in più fasi avrebbe l'obiettivo di evidenziare ciò che è sotteso al sintomo alimentare ovvero la drammatica sensibilità all'esposizione del giudizio altrui. Su tale assunto viene impostato il cambiamento terapeutico poiché costituirebbe ingrediente fondamentale del senso di un Sé costruito interamente sulle conferme esterne. Per concretizzare questo obiettivo, il terapeuta guida il paziente da un contesto in cui l'esterno serve a spiegare l'interno a un contesto più soggettivo e esteriorizzato. L'incremento di consapevolezza degli stati interni determinerebbe una maggiore demarcazione dall'esterno e un miglioramento nella discriminazione tra i propri punti di vista e le aspettative dell'altro, fra le opinioni personali e altrui, in precedenza assunte come proprie. L'abbuffata, il digiuno o altri sintomi perderebbero così man mano di importanza in un processo di progressiva consapevolezza delle proprie caratteristiche cognitive, emotive, relazionali.

Utile strumento operativo a tale scopo viene identificato nella tecnica della "moviola" (Guidano 1991b) che consentendo l'identificazione e la consapevolezza degli stati emotivi (attraverso una ricostruzione a rallentatore, in piccole sequenze, di eventi emotigeni), ne facilita il loro riordinamento narrativo rispetto a situazioni vissute come perturbanti, permettendo di focalizzare e integrare meglio esperienze altrimenti confuse e/o disorganizzate.

Alla riformulazione del problema seguirebbe poi la ricostruzione dello stile affettivo, durante la quale il terapeuta fa rilevare come il disturbo alimentare abbia punteggiato e sottolineato l'intero andamento dei rapporti affettivi del paziente. In tali pazienti, il tema della delusione regola la formazione, il mantenimento e la rottura dei legami affettivi. Nella ricostruzione dello stile affettivo si assiste ad un riesame delle relazioni affettive ponendo attenzione alle caratteristiche invariante attraverso cui vengono strutturati, mantenuti e conclusi i legami sentimentali. La definizione di tali caratteristiche invariante consente un progressivo distanziamento dalle caratteristiche personali che il paziente riconosce come causa di disagio o di scompensamento. Tale distanziamento si sviluppa in un processo di acquisizione di un senso di sé maggiormente individualizzato, la cui stabilità risulta relativamente indipendente dall'andamento delle relazioni affettive. Di solito la fine di questa fase sarebbe correlata ad un graduale miglioramento della sintomatologia alimentare. Va da sé che questo metodo comporta un notevole allungamento dei tempi della terapia.

Conclusioni

Allo stato attuale non esistono protocolli specifici per il DAI, appoggiandosi, la cura di questo, su metodi in uso per altri disturbi del comportamento alimentare. Ciò è dovuto in parte all'assenza di una chiara classificazione diagnostica del DAI che viene identificato o con l'obesità o con la bulimia nervosa. L'accorpamento di tale disturbo ad altre categorie diagnostiche, non essendogli stata riconosciuta una sua chiara fisionomia, non consente di coglierne la reale complessità come di un disturbo a sé stante con sintomi e caratteristiche, anche di personalità, proprie. L'idea che si avvicina di più a questa ipotesi è forse il concetto proposto da Guidano (1987, 1991b) di "organizzazione di significato", ma è necessario considerare altresì che la commistione tra anoressia nervosa, bulimia e

obesità, pur illuminando su molte caratteristiche di personalità comuni che vanno oltre i sintomi manifesti, non consente, ancora, di cogliere quelle sfumature di significato che differenziano una “personalità” anoressica da una con obesità. Non condivido tra l’altro lo schiacciamento diagnostico del DAI all’interno dell’obesità, attribuendogli quelle caratteristiche di passività e rallentamento motorio che il DAI francamente non ha. Basta pensare alla fervida attivazione motoria ed emotiva che un’abbuffata richiede, sia essa soggettiva, oggettiva o semplice iperfagia e al “*craving*” che questa precede. Ci sono anche due altri concetti che allontanano la “personalità *binge*” da quella bulimica e ancora di più da quella anoressica, ovvero la perdita di controllo e la paura del giudizio. Mentre il soggetto con anoressia e/o bulimia lotta per evitare di andare in contro a queste due minacce, il soggetto “*Binge*” nella gran parte dei casi si è già confrontato con la perdita di controllo, ormai totale, e con il giudizio: verso se stesso per il “discontrollo” che sa di avere, dagli altri per le critiche e le discriminazioni che riceve per non avere una taglia “*small*”. Il problema viene così a spostarsi sui sentimenti di disperazione, rabbia e vergogna per il disturbo stesso e le sue conseguenze. Ciò si differenzia radicalmente dall’egosintonia con cui è vissuto il sintomo anoressico e in parte anche quello bulimico, soprattutto per la funzione immediata (controllare il peso) e anche interpersonale, che tale sintomo spesso svolge all’interno dei rapporti familiari e sociali.

La società attuale, includendo anche una parte del mondo scientifico che di alimentazione si occupa, che è portata a considerare normale avere una taglia XXS ed abominevole avere anche una taglia M o L, mostra incoerenza e cecità nel considerare l’anoressia e la bulimia “disturbi mentali” e il BED, “categoria proposta per ulteriori studi” relegando tali soggetti al ruolo di buontemponi e non persone portatori di una complessa e sottovalutata sofferenza emotiva che non va affrontata intervenendo esclusivamente sul controllo alimentare. Inoltre i modelli proposti di CBT sottovalutano l’importanza delle tecniche comportamentali, limitando il loro intervento al solo ambito alimentare quando invece tecniche utilizzate per il disturbo alimentare (controllo degli stimoli, esposizione etc), potrebbero efficacemente utilizzarsi in altri ambiti della terapia con un soggetto “*Binge Eater*”, come il funzionamento interpersonale (ad.es. perché non utilizzare l’“esposizione” oltre che ai cibi anche ai giudizi altrui, alla vergogna, alla colpa, alla rabbia o il “controllo degli stimoli” non potrebbe riguardare oltre quelli alimentari anche quelli interpersonali?). Studi di efficacia dovrebbero comparare protocolli comportamentali complessi a più livelli (alimentare, interpersonale, emotivo) con protocolli cognitivo-comportamentali classici nel valutare la maggior efficacia di un intervento rispetto all’altro.

Un approccio terapeutico al *Binge Eating* potrebbe, infine, avvalersi oltre che di interventi classici di CBT, anche di strategie mutate dalla terapia dialettico-comportamentale (M.Linehan 2001) come l’esposizione (secondo la riformulazione dialettico-comportamentale), l’uso di strategie dialettiche (ad es. *fare l’avvocato del diavolo, uso della metafora, l’estensione*) e le tecniche di “*mindfulness*” relativamente alla gestione dell’emotività (M. Linehan, 2001).

Appendice: L'indagine psicometrica nel Binge Eating

È finalizzata alla valutazione del comportamento alimentare, alla misurazione delle dimensioni psicopatologiche caratteristiche dei diversi disturbi dell'alimentazione (Ricca V. et al, 1998).

Questionari Autovalutativi

- *Eating inventory* (EI) (Stunkard e Messick, 1985): 51 items suddivisi in due parti. Misura tre aspetti del comportamento alimentare: 1) “restrizione”, 2) “disinibizione”, 3) “fame”.
- *Binge Eating Scale (BES)* (Gormally et al., 1982): 16 gruppi di 3 o 4 affermazioni, misura i comportamenti, le sensazioni e gli aspetti cognitivi tipici dell'episodio di “*Binge Eating*”.
- *Bulimic Investigation Test Edinburgh (BITE)*: è specifico per BN e DAI. Fornisce due punteggi riguardanti la presenza e la gravità dei sintomi. (Henderson et al., 1987).
- *Binge Scale Questionnaire (BS)* : strumento di screening per BN e DAI nelle popolazioni a rischio (Hawkins e Clement, 1980).
- *Bulimia Test (BULL)*: strumento di screening per BN, adattato ai criteri diagnostici del DSM-III-R (Thelen et al., 1991).
- *Eating Disorder Inventory (EDI / EDI-2)*: (Garner, 1991) 91 items a scelta multipla suddivisi in 11 sottoscale: valuta i sintomi comunemente associati ad AN e BN, utile per identificare caratteristiche comportamentali e psicologiche associate con il *Binge Eating*;
- *Eating Questionnaire-Revised (EQ-R)*: specifico per Bulimia è composto da 12 domande secondo i criteri diagnostici del DSM-III). (Williamson et al., 1989)
- *Eating Symptoms Inventory (ESI)*: specifico per lo studio delle abbuffate (Whitaker e al., 1989).
- *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*: specifico per DAI secondo i criteri diagnostici del DSM-IV (Spitzer e al., 1993).
- **Interviste cliniche strutturate**
- *Eating Disorder Examination (EDE)*: misura, secondo i criteri del DSM IV, quattro aree psicopatologiche connesse con il comportamento alimentare: restrizione, preoccupazione per il cibo, per il peso e per la forma del corpo (Fairburn e Cooper, 1993). Utile per AN, BN, DAI ed obesità.
- *Back Depression Inventory (BDI)* (Beck et al., 1961): 21 gruppi di 4 affermazioni ciascuno, misura sintomi ed atteggiamenti descrittivi di pazienti depressi.
- *State - Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberg et al., 1986): 40 items divisi in due parti. La prima misura lo stato d'ansia nel momento in cui il test viene somministrato (ansia situazionale “ansia-stato”); la seconda misura la cosiddetta “ansia di tratto”.

Bibliografia

- Agras, W.S., Telc, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D., Henderson, J., & Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and deismipramine treatment in binge eating disorder: An addictive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
- Alger, S.A., Schwalberg, M.D., Bigaouette, J.M., Michalek, A.V., & Howard, L.J (1991). Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behaviour in normo-weght bulimic and obese, binge-eating subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 865-871.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Apfeldorfer, G. (1996). *Anoressia Bulimia Obesità*. Milano: Il Saggiatore.
- Ardovini, C., Caputo, G., Todisco, P., & Dalle Grave, R. (1999). Binge eating and restraint model: Psychometric analysis in binge eating disorder and normal weight bulimia. *European Eating Disorders Review*, 7, 293-299.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571. Trad. it. In Beck A.T., *La depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Blanco, S., Canestri, L., & Reda, M.A. (2005). Un approccio costruttivista ai disturbi del comportamento alimentare. In G. Bara (a cura di) *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, volume II, (pp.141-193). Torino: Bollati Boringhieri.
- Borsello, O. Ed. (1998) *Obesità. Un trattato multidimensionale*. Kurtis, Milano.
- Brownell, K.D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy* 22, 1-12.
- Bruck, H. (1973) *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Casacchia, M., Mela, C. & Chiaravalle, E. (2000). Disturbi dell'alimentazione. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Vol.6, num.1.
- Collins, J. K., Beumont, P.J.V., Touyz, S.W., Krass J., Thompson P., & Philips, T. (1987). Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese, and control subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 633-638.
- Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Dalle Grave, R. (1996). Question and answers. What are useful strategies for the treatment of binge eating disorders in the obese patient? *Eating Disorder: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 176-177.
- Dalle Grave, R. (1997). *Il peso ragionevole settimana per settimana*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (1997). Self-reported traumatic experiences and dissociative symptoms in obese women with and without binge eating disorder. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 11-15.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press
- Dalle Grave, R., Todisco, P., & Oliosi, M.(1996). Binge eating disorder and weight cycling in obese subjects. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and prevention*, 1, 67-73.
- Dalle Grave, R., Rigamonti R., Todisco, P., & Oliosi, M. (1997). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, 232-240.
- De Castro, J.M. (1995) The relationship of cognitive restraint to the spontaneous food and fluid intake of free-living humans. *Physiol Behav*, 57, 287-295.
- De Zwaan, M., Nutzinger, D.O., & Schoonbeck, G. (1992). Binge eating in overweight females. *Compr Psychiatry*, 33, 49-55.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.G. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination*. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. 12th ed. New York: Guilford Press.

- Fairburn, C.G., Welch S.L., Doll H.A., & O'Connor, M.E. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 1997, 54, 509 – 517.
- Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (eds). (1993). *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., MPhil, D.M., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies B.A., & O'Connor M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder : a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55 (5), 425-432.
- Faith, M.S., Fontaine K.R., Cheskin L.J. & Allison D.B. (2000). Behavioral approaches to the problem of obesity, *Behavior Modification*, 24, 4, 459-493.
- Frederich, C.M. & Grow, V.M. (1996) A medatonal model of autonomy, self-esteem and eating disorderd attitudes and behaviours. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 217-228.
- Garfinkel, P.E & Dorian, B.J. (1997) Factors that may influence future approaches to the eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 1, 1-16.
- Garfinkel, P.E. & Garnel, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorders 2. Psychological Assessment*. Odessa, FL: Resources, Inc., (Adattamento italiano (1995). EDI-2. (a cura di Rizzardi, M., Trombini G.) Firenze: Organizzazioni Speciali).
- Garner, D.M. & Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Gladis, M.M., Wadden T.A., Vogt, R., Foster, G., Kuhnel, R.H., & Barlett, S.J. (1998). Behavioral treatment of obese binge eaters: Do they need different care? *Journal of Psycosomatic Research*, 44, 375-384.
- Goldfein, J. A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.K., Kissileff, H.R., & Devlin M.J. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*, 7, 47-55.
- Guidano, 1987 – 1991b; Arciero, 2002 in *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva Vol.II, (2005). G. Bara (a cura di). Torino: Bollati Boringheri*.
- Guss, J. L., Kissileff, H.R., Walsh, B.T., & Devlin, M.J. (1994). Binge Eating behavior in patients with eating disorders. *Obesity Research*, 2, 355-363.
- Hawkins, R.C., Clement, P.F. (1980).Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviour*, 5, 219-225.
- Henderson, M., Freeman C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-25.
- Hudson, J.L., Pope, H.G., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., & Rosenthal, N.E. (1988) Bulimia in obese individuals: Relationship to normal-weight bulimia. *J Nerv Ment Dis*, 176, 144-152
- Lahteenmaki, L. & Tuorila, H. (1995) Three-Factor Eating Questionnaire and the use and liking of sweet and fat among dieters. *Physiol Behav*, 57, 81-88.
- Laporte, D.J. (1992). Treatment response in obese binge-eaters: Preliminary results using a very low calorie diet (VLCD) and behaviour therapy. *Addictive Behaviors*, 17, 247-257.

- Laporte, D.J. & Stunkard, A.J. (1990). Predicting attrition and adherence to a very-low-calorie-diet: a prospective investigation of the eating inventory. *Int J Obesity*, 14, 197-206.
- La Rosa, C. & Liotti, G. (1995). La diagnosi e la terapia dell'obesità sulla base della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali. *Psicobiettivo*, 1, 11-24.
- Linehan, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico.* Milano: Raffaello Cortina.
- Loro, A.D. & Orleans, C.S. (1981). Binge eating in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioural analysis and treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 155-156.
- Lowe, R.M. & Caputo, G.C. (1991). Binge eating in obesity: Toward the specification of predictors. *Int J Eat Disorder*, 10, 49-54.
- Marcus, M.D. (1995) Binge Eating and Obesity. In: Brownell RD, Fairburn CG, (Eds), *Eating Disorders and Obesity*, (pp141-144). New York/London: Guilford Press.
- Marcus, M. & Wing, R. (1986). Binge eating in obesity. Presented at the Second International Conference on Eating Disorders. New York, 20 April.
- Marcus, M.D. (1993). Binge eating in obesity. Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment.* New York: Guilford, 77-96
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. (eds.) *Eating Disorders and obesity: A comprehensive handbook.* New York: Guilford, 441-444
- Marcus, M.D. (1997). Adapting treatment for patients with Binge-Eating Disorder. Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders.* New York: Guilford, 484-493
- Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kern, E., McDermott, M., & Gooding W. (1990). A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behaviour modification in the treatment of obese binge eaters and non binge eaters. *American Journal of Psychiatry*, 147, 876-881.
- Marcus, M.D., Smith, D. E., Santelli, R., & Kaye W. (1992). Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 249-255.
- Marcus, M.D., Wing R.R., & Fairburn, C.G. (1995) Cognitive treatment of binge eating versus behavioural weight control in the treatment of binge eating disorders. *Annals of Behavior Medicine*, 17, S090.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., & Hopkins, J. (1988) Obese binge eaters. Affect, cognitions and response to behavioural weight control. *J. Consult Clin Psychol*, 9, 69-77.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., & Hopkins, J. (1988) Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioural weight control. *J Consult Clin Psychol*, 56, 433-439.
- Myles, S.F., Kevin, R.F., Lawrence, J.C., & David, B.A. (2000). Behavioral Approaches to the Problems of Obesity. *Behavior Modification*, Vol. 24, N° 4, 459-493.
- Pancheri, P., & Cassano, G.B. (1999) *Trattato italiano di psichiatria.* Milano: Masson Italia
- Patton, GC. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Perri, M.G., Nezu, M.A., Viegner B.J. (1992). *Improving the long-term management of obesity : Theory, research, and clinical guidelines.* New York: Wiley Press.
- Polivy J & Herman C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.

- Polivy, J. & Herman, C. (1976). Clinical depression and weight change: A complex relation. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 601-606
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Prather, R.C. & Williamson, D.A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity. *International Journal of Eating Disorder*, 7, 177-184.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Passaglia C., Lacorte, M., Pea, E., & Dell'Osso L. (2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 15, 94 (2), 131-138.
- Ricca V, Mannucci E, Di Berardo M, Cabras PL, Rottella CM, & Faravelli C. (1998) Disturbo da Alimentazione Incontrollata. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2, 223-239.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P.L., Rotella, C.M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 111-115.
- Rodin, J., et al. (1985). Women and weight: A normative discontent. Sonderegger, T.B. (Eds.) *Psychology and Gender: Nebraska Symposium on Motivation*, 1984. Lincoln: University of Nebraska Press, 267-307
- Rosen, J.C. (1990). Body image disturbance in eating disorders. Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Eds.). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford, 190-214.
- Rosen, J.C., (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford, 188-201.
- Rossiter, E.M. & Agras W.S. (1990) An empirical test of the DSM-III definition of binge. *International Journal of Eating Disorder*, 9, 513-518.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F., Bruce, B. (1992). The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 111-120.
- Rotella C.M., Ricca V., & Mannucci E, Eds (1997). *L'Obesità. Manuale per la diagnosi e la terapia*. Firenze: SEE.
- Shisslak C.M., Crago M., & Estess L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 209-219.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adatt. it. a cura di Pedrabissi, L., Santaniello, M. 1986, Firenze: Organizzazioni Speciali)
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., & Yanovski, S. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203
- Spitzer R.L., Yanovsky S.Z. & Marcus M.D. (1993). The Questionnaire on Eating and Weight pattern-revised (QEWP-R). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R.L. Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J. Hasin, D., & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: Its Further Validation in a Multisite Study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153
- Stice E, (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.

- Striegel-Moore RH. *Prevention of bulimia nervosa: questions and challenges*. In: Crowther JH, Tennebaum DL, Strober M, eds. *Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients*. Journal of Psychosomatic Research 1980;24:353-359
- Stunkard, A.J. & Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 55, 524S-532S.
- Stunkard, A.J., Messick, S. The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition, and hunger. J Psychosomatic Res 1985, 29: 71-83.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Rossiter E.M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 115-119.
- Thelen M.H., Farner J., Wonderlich S. & Smith M. (1991) A revision of the bulimia Test: the BULIT-R. *Psychological Assessment* , 3, 119-124.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM IV diagnostic category – Body Image Disorder. Hersen, M. et al. (Eds.). *progress behaviour modification*, Vol 28. Sycamore. IL:Sycamore, 3-54.
- Thompson, J.K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity: An emerging synthesis. J.K. Thompson (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 1-20.
- Tiggemann, M. & Rothblum, E.D. (1988). Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Sex Roles*, 18, 75-86.
- Wadden, T.A. & Stunkard, A.J. (1985). Psychopathology and obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 55-65
- Wadden, T.A. Foster, G.D. & Letizia, K.A. (1992). Response of obese binge eaters to treatment by behavioural therapy combined with very low calorie diet. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60, 808-811.
- Wadden, T.A., Stunkard, A.J., Brownell, K.D., & Day, S.C. Advances in the treatment of moderate obesity: combined treatment by behaviour modification and very-low-calorie-diet. In: Management of obesity by severe caloric restriction. G.L. Bray. (Eds.) Littleton, MA: PGS, 1985, p312-319.
- Whitaker A., Davies M. & Shaffer D. (1989) The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19,143-163.
- Wilfley, D.E., Friedman M.A., Douchis, J.Z., Stein R.I., Welch R.R., & Ball S.A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder : relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641-649.
- Williamson D.A., Davis C.J., Goreczny A.J., Bennett S.M. & Watkins PC. (1989) The Eating Questionnaire-Revised. A new symptom checklist for bulimia. In: Kella P.A., Ritt Lg, eds. *Innovations in clinical practice: a source-book*. Sarasola: Professional Resource Exchange, 321-329.
- Williamson D.A., Gleaves D.H. & Lawson O.J. (1991) Biased perception of overeating in bulimia nervosa and compulsive binge eaters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 257-268.
- Williamson D.A., Muller S.L., Reas D.L., Thaw J.M. (1999). Cognitive Bias in Eating Disorders: Implications for Theory and Treatment. *Behavior Modification*, Vol. 23, N° 4, 556-577

- Williamson D.A., White M.A., Crowe E.Y., Stewart T.M. (2004). Cognitive – Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*. Vol. 28, N° 6, 711-738.
- Wilson G. T. and Fairburn C.G. (1993). Cognitive Treatment for Eating Disorders. American Psychological Association. Inc. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 61. N° 2, 261-269.
- Wilson G. T., Agras W.S., Fairburn C., Walsh T., & Kraemer H. (2002). Cognitive-Behavioral therapy for bulimia nervosa: Time Course and Mechanisms of Change. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, Vol. 70, N°.2, 267-274.
- Wilson G.T., & Viotusek K.M. (1999). Self – Monitoring in the Assessment of Eating Disorders. American Psychological Association Inc. *Psychological Assessment*, Vol. 11, N° 4, 480-489.
- Wilson, G.T. & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173-179.
- Wilson, G.T. (1993). Assessment of binge eating. In: Binge Eating: Nature, assessment, and treatment. C.G. Fairburn, G.T. Wilson. (Eds.) New York: The Guilford Press, 1993, p227-249.
- Wilson, G.T., Nonas C.A., & Rosenblum, G.D. (1993). Assessment of binge-eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25-34.
- Yanovski S.Z. & Sebring N.G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.
- Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, & Spitzer RL.(1993) Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Yanovski, S.Z., Leet, M., Yanovski, J.A., Flood, M., Gold, P.W., Kissileff, H.R., & Walsh, B.T. (1992). Food selection and intake of obese women with binge-eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975-980.

Dott.ssa Alessandra Tronci

Studio di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale, Lecce
Specializzata APC Lecce, Training R. Mosticoni, A. Semerari, G. Di Maggio
e-mail: alextronci@libero.it