

Relazioni interpersonali, stati emotivi e autostima in soggetti obesi *binge eaters*.

di Gianluca Lo Coco*, Laura Salerno*, Salvatore Gullo*, Lia Iaconelli**

Introduzione

I criteri diagnostici del *Binge eating disorder* (BED) sono stati inclusi nel DSM-IV (APA, 1994) in via sperimentale, considerando il BED come un disturbo da approfondire ulteriormente a livello diagnostico. Il BED si caratterizza per la presenza di ricorrenti episodi di abbuffate compulsive, accompagnate da un senso di perdita di controllo e senza utilizzo di condotte compensatorie inappropriate (APA, 2000). Diversi studi clinici hanno mostrato che tra il 23 ed il 46 % dei soggetti obesi presentano anche sintomi di *binge eating* (Spitzer *et al.*, 1993; Yanovsky, 1999; Ricca *et al.*, 2000), mentre nell'intera comunità la presenza di tali episodi risulta molto più bassa (range: 1,8-4,6%) (Stunkard, Berkowitz, Tanrikut, Reiss & Young, 1996). Nonostante si sia dimostrato che l'utilizzo di una rigorosa metodologia di indagine diagnostica faccia diminuire la prevalenza del BED nei soggetti obesi, è indubbio che questi ultimi mostrino un malessere psicologico legato al BED, associazione che si è riscontrata soprattutto nei casi di obesità grave (BMI > 40; de Zwaan, 2001) ed in quelli sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica (Hsu *et al.*, 2002).

Inoltre varie ricerche hanno evidenziato che soggetti obesi che si descrivono come *binge eaters* mostrano una maggiore comorbidità con vari disturbi psicopatologici rispetto a quelli che non si identificano come BED (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000). La presenza di una maggiore comorbidità psichiatrica di soggetti obesi BED rispetto a obesi non BED è documentata ormai da diversi lavori (Grilo, 2002; Yanovski, 1999). Comportamenti *binge* sembrano associati a più frequenti fluttuazioni di peso (Spitzer *et al.*, 1993), a minore autostima, ad una maggiore sofferenza psicologica e a disturbi psichiatrici in Asse I (Allison *et al.*, 2005; Bulik *et al.*, 2002; Grucza *et al.*, 2007) e in Asse II (Yanovski *et al.*, 1993; Marcus, 1995; Masheb & Grilo, 2006). È stato inoltre dimostrato che la presenza di condotte *binge* incida in maniera negativa sulla qualità di vita (de Zwaan *et al.*, 2002). L'influenza e la pervasività del BED in soggetti obesi è stata indagata anche in campioni italiani (Ramacciotti *et al.*, 2000).

Rimane ancora da indagare se l'alto tasso di problemi psicologici e psichiatrici riscontrati nei soggetti obesi che richiedono un trattamento sia da associare maggiormente alla presenza di un BED piuttosto che al livello di obesità. Alcuni studi supportano l'ipotesi che la maggiore prevalenza di comorbidità psichiatrica nei soggetti obesi BED sia spiegata più dalla severità del BED che non dal livello di obesità (Telch & Agras, 1994; Wilfley *et al.*, 2000). È stato inoltre mostrato che soggetti obesi che presentano anche una diagnosi di BED facciano maggiore richiesta di interventi psicoterapeutici o di counseling psicologico (Yanovski *et al.*, 1993; Ramacciotti *et al.*, 2008).

Infine, va sottolineato che relativamente al profilo personale (impulsività, dipendenza, ricerca di novità) non sembra esserci ancora evidenza di una differenza tra obesi BED e non BED (Davis *et al.*, 2008).

L'obiettivo del presente studio è di verificare se soggetti obesi con comportamenti *binge* differiscano significativamente da quelli non *binge* in termini di relazioni interpersonali, autostima, qualità della vita e stati emotivi.

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi, Palermo.

** Centro Disturbi Comportamento Alimentari, AUSL 6, Palermo.

Materiale e Metodi

Partecipanti

Il campione comprende 221 pazienti obesi consecutivi di età compresa tra 13 e 79 anni ($M = 43,57$; $sd = 15,36$), di cui 54 maschi e 167 femmine. I partecipanti, con $BMI > 25$ ($M = 34,49$; $sd = 6,90$; range 25,10 – 62,60), sono stati reclutati presso l'Ambulatorio per i DCA dell'Ospedale V. Cervello ed il Centro Disturbi Alimentari (CeDiAl) della AUSL 6 di Palermo. Due psicologi afferenti a queste strutture hanno svolto l'assessment psicologico previsto dalla ricerca dopo avere ottenuto il consenso informato dai pazienti.

Strumenti

- *Obesity Related Well-Being (O.R.WELL)* (Mannucci *et al.*, 1999), volto ad indagare la qualità di vita in soggetti obesi, sia rispetto all'intensità (*occurrence*) che alla rilevanza (*relevance*) soggettiva del *distress* connesso all'obesità. Tale strumento è costituito da 18 items, suddivisi in due fattori, il primo dei quali misura le problematiche psicosociali (stato psicologico e adattamento sociale) ed il secondo quelle di carattere fisico (sintomi ed indebolimento). Punteggi elevati indicano una bassa qualità di vita. Nel nostro studio, la consistenza interna dello strumento (alpha di Cronbach) si è rilevata soddisfacente (range: .654 - .794).

- *Binge Eating Scale (BES)* (Gormally *et al.*, 1982); questionario *self-report* finalizzato ad identificare i comportamenti, le sensazioni e gli aspetti cognitivi associati alle abbuffate compulsive; è composto da 16 items a risposta multipla, con un punteggio finale che varia da 0 a 46. Punteggi elevati indicano una maggiore gravità di tali comportamenti; in particolare, punteggi uguali o inferiori a 17 indicano l'assenza di comportamenti *binge*, punteggi compresi tra 18 e 26 identificano un livello moderato di comportamenti *binge*, punteggi uguali o superiori a 27 segnalano maggiore gravità del disturbo. Nel nostro studio, la consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (alpha = .741).

- *Profile of Mood States (POMS)* (McNair *et al.*, 1971), finalizzato ad individuare gli stati affettivi disfunzionali. È un questionario *self-report*, costituito da 58 items che identificano sei fattori: *tensione-ansia* (fattore T), *depressione-avvilimento* (fattore D), *aggressività-rabbia* (fattore A), *vigore-attività* (fattore V), *stanchezza-indolenza* (fattore S) e *confusione-sconcerto* (fattore C). Nel nostro studio, la consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (range: .693 - .964).

- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1979); è una scala di dieci items che misura il livello di autostima personale; punteggi elevati indicano una maggiore valutazione di sé. Lo strumento ha mostrato una buona coerenza interna: alpha = .874.

- *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)* (Horowitz *et al.*, 2000); è uno strumento *self-report*, di 32 item, che identifica la presenza di difficoltà interpersonali. Consente di descrivere i comportamenti interpersonali in base a due dimensioni: 1) *affiliazione*, che varia da comportamenti ostili a comportamenti amichevoli; e 2) *dominanza*, che varia da comportamenti sottomessi a comportamenti di controllo o dominanti. Vengono identificate otto diverse scale: *Dominante/Controllante*, *Vendicativo/Centrato su di sé*, *Freddo/Distante*, *Socialmente inibito*, *Anassertivo*, *Eccessivamente Accomodante*, *Protettivo/Che sacrifica se stesso*, e *Invadente/Bisognoso*. La consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (range: .657 - .871).

- *Body Influence Assessment Inventory (BIAI)* (Osman *et al.*, 2006); è uno strumento *self-report* costituito da 28 item, che rileva quattro dimensioni specifiche relative all'esperienza corporee, con particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare: 1) *sentimenti negativi* e 2) *sentimenti positivi riguardo il proprio aspetto fisico* (dimensione protettiva), 3) *idee connesse al suicidio* e 4) *comportamenti finalizzati alla riduzione del peso*. La consistenza interna dello strumento si è rilevata soddisfacente (range: .599 - .687).

Analisi statistiche

Ai fini della ricerca, il gruppo dei partecipanti è stato diviso in obesi *binge eaters* (N= 63) e obesi *non binge* (N= 158), tramite il punteggio *cut-off* della *BES* (27). Per verificare le ipotesi dello studio, sono state utilizzate le seguenti analisi statistiche: analisi delle correlazioni (r di Pearson) tra i punteggi delle diverse scale utilizzate nello studio e confronto tra gruppi indipendenti tramite test t di Student.

Risultati

Nella *Tabella 1* sono riportate medie, deviazioni standard e differenze tra i due gruppi rispetto agli strumenti utilizzati. Tali risultati mostrano che soggetti obesi che mettono in atto comportamenti *binge*, rispetto a quelli che non lo fanno, presentano un significativo peggioramento della qualità di vita ($t = - 8,420, \alpha < .01$) relativamente sia agli aspetti psicosociali ($t = -8,074, \alpha < .001$) sia alle problematiche di carattere fisico ($t = -5,990, \alpha < .001$). Tali problematiche, oltre ad essere maggiormente presenti (*ORWELL occurrence*) nei soggetti *binge* (sogg. *binge* M = 35,93, DS = 7,23; sogg. non *binge* M = 29,32, DS = 6,21), sembrano anche acquisire maggiore rilevanza (*ORWELL relevance*) per gli stessi (sogg. *binge* M = 27,16, DS = 11,47; sogg. non *binge* M = 15,73, DS = 8,67). È inoltre emerso che i soggetti *binge eaters* presentano minore autostima ($t = 4,643, \alpha < .001$) e un peggioramento del quadro emotivo generale, in quanto riportano livelli maggiori di depressione ($t = - 5,137, \alpha < .001$), stanchezza e indolenza ($t = - 4,368, \alpha < .001$), e riferiscono più frequenti stati di tensione, ansia ($t = - 4,207, \alpha < .001$) e confusione ($t = - 4,010, \alpha < .001$). Presentano, infine, maggiore aggressività e rabbia verso gli altri ($t = - 2,621, \alpha < .01$). Rispetto alle relazioni interpersonali, i soggetti *binge* mostrano maggiori difficoltà connesse ad un comportamento anassertivo ($t = - 3,746, \alpha < .001$), eccessivamente accomodante ($t = 4,457, \alpha < .001$) e protettivo verso gli altri ($t = - 3,834, \alpha < .001$). Non si evidenziano, invece, differenze significative relativamente al *BMI* e alla presenza di atteggiamenti autoritario/controllante, vendicativo/centrato su di sé e invadente/bisognoso nella gestione dei rapporti interpersonali. Soggetti *binge* presentano, infine, maggiori problemi connessi alla percezione della propria immagine corporea ($t = - 3,893, \alpha < .001$), rispetto alla presenza di sentimenti negativi, positivi e connessi al suicidio.

Tavola. 1. *Medie e deviazioni standard delle scale indagate nei gruppi binge (N=63) e non binge (N=158)*

	no binge		binge		DIFFERENZE TRA I DUE CAMPIONI	
	Mean	SD	Mean	SD	t	p
età	44,98	16,12	39,54	12,21		
BMI	34,24	6,82	35,18	7,14	-0,88	0,38
ORWELL O	29,32	6,21	35,93	7,23	-6,63	0,00
ORWELL R	15,73	8,67	27,16	11,47	-7,86	0,00
ORWELL tot	30,4	20,14	61,1	31,92	-8,42	0,00
ORW_F1	22,24	16,24	45,82	25,36	-8,07	0,00
ORW_F2	8,16	6,89	15,28	9,79	-5,99	0,00
ROS_SELF	21,13	4,75	17,52	5,87	4,64	0,00
BIAI_S_N	13,31	5,29	21,02	8,33	-8,07	0,00
BIAI_S_P	15,75	6,27	11,28	5,21	4,83	0,00
BIAI_C_S	7,34	1,34	9,52	4,16	-5,90	0,00
BIAI_C_P	12,62	4,13	13,26	4,08	-1,00	0,32
BIAI TOT	49,03	8,98	55,07	12,78	-3,89	0,00
POMS T	53,68	12,16	60,44	14,48	-4,21	0,00
POMS D	53,52	11,89	64,03	16,79	-5,14	0,00
POMS A	56,65	12,96	62,05	14,59	-2,62	0,01
POMS V	52,39	12,29	45,6	12,12	3,72	0,00
POMS S	55,94	11,59	64,21	12,96	-4,37	0,00
POMS C	50,49	11,02	57,79	13,41	-4,01	0,00
BES	7,59	4,79	26,86	6,76		
IIP, 1	51,83	9,54	54,17	10,74	-1,62	0,11
IIP, 2	49,7	9,55	52,84	11,44	-1,91	0,06
IIP, 3	46,88	7,67	52,19	11,77	-3,63	0,00
IIP, 4	47,21	7,99	52,88	10,85	-3,30	0,00
IIP, 5	50,22	8,8	56,02	11,65	-3,75	0,00
IIP, 6	53,81	10,42	61,35	12,47	-4,46	0,00
IIP, 7	53,71	9,32	59,42	11,08	-3,83	0,00
IIP, 8	55,65	11,4	59,25	14,49	-1,64	0,10
IIP tot	50,94	7,79	57,95	8,7		

Nota. BMI= Body Mass Index. ORWELL= Obesity Related Well-Being totale. ORW_F1= ORWELL scala psicologica. ORW_F2= ORWELL scala fisica. orwell O= ORWELL occurrence. orwell R= ORWELL relevance. BIAI_S_N= BIAI scala sentimenti negativi verso il corpo. BIAI_S_P= BIAI scala sentimenti positivi verso il corpo. BIAI_C_S= BIAI scala pensieri suicidari. BIAI_C_P= BIAI scala comportamenti riduzione del peso. BIAI TOT= Body Influence Assessment Inventory totale. ROS_SELF= Rosenberg Self-Esteem Scale. BES= Binge Eating Scale. p.p. = punteggio ponderato. POMS T= scala tensione/ansia. POMS D= scala depressione. POMS A= scala aggressività/rabbia. POMS V= scala vigore/attività. POMS S= scala stanchezza/indolenza. POMS C= scala confusione/sconcerto. IIP 1= scala autoritario_controllato. IIP 2= vendicativo_centrate su di se. IIP 3= scala freddo_distante. IIP 4= inibizione sociale. IIP 5= anassertività. IIP 6= eccessivamente accomodante. IIP 7= che sacrifica se stesso. IIP 8= invadente_bisognoso

I risultati dell'analisi correlazionale tra le diverse scale utilizzate (Tabella 2) mostra che maggiori comportamenti di tipo *binge* correlano con una minore autostima ($p < .01$) e con una peggiore qualità di vita, sia relativamente alla presenza e/o gravità dei sintomi (*ORW O*; $p < .01$) che alla rilevanza degli stessi nella propria vita (*ORW R*; $p < .01$). Più frequenti comportamenti *binge* sono correlati, inoltre, con maggiori livelli di depressione (*POMS D*; $p < .01$), maggiore stanchezza/indolenza e scarsa energia (*POMS S*; $p < .01$; *POMS V*; $p < .01$), più frequenti stati di tensione, ansia (*POMS T*; $p < .01$) e confusione (*POMS C*; $p < .01$) e maggiore aggressività verso gli altri (*POMS A*; $p < .01$). In relazione ai rapporti interpersonali, più frequenti comportamenti *binge* si associano a bassi livelli di dominanza (*IIP-5*; $p < .01$; *IIP-4*; $p < .01$) e alti livelli di affiliazione (*IIP-6*; $p < .01$; *IIP-7*; $p < .01$). Infine, la maggiore presenza di comportamenti *binge* è associata in maniera significativa con aspetti problematici riguardanti la percezione della propria immagine corporea, quali più frequenti pensieri negativi relativi al proprio corpo (*BIAI_SN*; $p < .01$), pensieri connessi al suicidio (*BIAI_CS*; $p < .01$) e comportamenti finalizzati a controllare l'aumento di peso (*BIAI_CP*; $p < .05$). Non è, invece, emersa una correlazione significativa tra il *BMI* e la presenza di comportamenti *binge*.

Tavola 2. Correlazioni (r di Pearson) tra le variabili esaminate nei soggetti obesi ($N=221$)

	BMI	BES	ROS_SELF	ORW_F1	ORW_F2	ORW O	ORW R	POMS T	POMS D	POMS A	POMS V	POMS S	POMS C	IIP 1	IIP 2	IIP 3	IIP 4	IIP 5	IIP 6	IIP 7	IIP 8	BIAI_S_N	BIAI_S_P	BIAI_C_S	
BMI																									
BES	0,102																								
ROS_SELF	0,093	-.425(**)																							
ORW_F1	.209(**)	.592(**)	-.449(**)																						
ORW_F2	.237(**)	.428(**)	-.255(**)	.572(**)																					
ORWELLO	.195(**)	.522(**)	-.405(**)	.812(**)	.670(**)																				
ORWELL R	.247(**)	.581(**)	-.440(**)	.938(**)	.739(**)	.782(**)																			
POMS T	-.077	.342(**)	-.337(**)	.455(**)	.268(**)	.459(**)	.399(**)																		
POMS D	0,02	.430(**)	-.468(**)	.515(**)	.363(**)	.499(**)	.465(**)	.785(**)																	
POMS A	-.033	.282(**)	-.322(**)	.393(**)	.268(**)	.451(**)	.334(**)	.768(**)	.780(**)																
POMS V	-.006	-.274(**)	.411(**)	-.274(**)	-.255(**)	-.256(**)	-.313(**)	-.338(**)	-.415(**)	-.232(**)															
POMS S	0,027	.373(**)	-.297(**)	.440(**)	.338(**)	.454(**)	.417(**)	.746(**)	.743(**)	.660(**)	-.336(**)														
POMS C	-.069	.343(**)	-.350(**)	.338(**)	.281(**)	.361(**)	.324(**)	.669(**)	.695(**)	.607(**)	-.400(**)	.690(**)													
IIP_1	-.063	.163(*)	-.191(**)	.180(**)	.160(*)	.269(**)	.146(*)	.244(**)	.225(**)	.406(**)	0,035	.215(**)	.170(*)												
IIP_2	-.094	0,075	-.0127	0,036	0,11	0,077	0,086	0,062	0,119	0,085	-.0073	0,021	0,079	.158(*)											
IIP_3	-.177(**)	.233(**)	-.304(**)	.194(**)	0,131	.136(*)	.207(**)	.194(**)	.262(**)	.202(**)	-.202(**)	0,085	.174(**)	.182(**)	.678(**)										
IIP_4	0,003	.236(**)	-.387(**)	.357(**)	.241(**)	.245(**)	.363(**)	.274(**)	.376(**)	.201(**)	-.368(**)	.178(**)	.189(**)	-.002	.336(**)	.504(**)									
IIP_5	-.097	.284(**)	-.366(**)	.358(**)	.168(*)	.283(**)	.363(**)	.247(**)	.365(**)	.204(**)	-.261(**)	.228(**)	.236(**)	0,091	.259(**)	.396(**)	.464(**)								
IIP_6	0,046	.347(**)	-.231(**)	.276(**)	.223(**)	.341(**)	.257(**)	.253(**)	.344(**)	.255(**)	-.0098	.297(**)	.303(**)	0,088	0,054	.173(**)	.216(**)	.394(**)							
IIP_7	0,058	.269(**)	-.198(**)	.221(**)	.146(*)	.247(**)	.179(**)	.201(**)	.261(**)	.188(**)	0,068	.219(**)	.135(*)	.289(**)	-.0043	0,094	-.0007	.177(**)	.395(**)						
IIP_8	0,098	.140(*)	-.005	0,091	0,04	0,122	0,076	-.0015	0,032	0,009	.210(**)	0,035	-.001	.364(**)	0,022	0,001	-.0053	.144(*)	.175(**)	.373(**)					
BIAI_S_N	.224(**)	.596(**)	-.551(**)	.718(**)	.493(**)	.641(**)	.698(**)	.451(**)	.611(**)	.456(**)	-.355(**)	.438(**)	.430(**)	.175(**)	0,067	.235(**)	.378(**)	.398(**)	.310(**)	.283(**)	0,123				
BIAI_S_P	-.223(**)	-.391(**)	.307(**)	-.437(**)	-.290(**)	-.345(**)	-.448(**)	-.252(**)	-.274(**)	-.215(**)	.379(**)	-.275(**)	-.265(**)	-.0047	.135(*)	-.0047	-.212(**)	-.189(**)	-.149(**)	-.0047	-.0054	-.492(**)			
BIAI_C_S	-.005	.448(**)	-.353(**)	.378(**)	.235(**)	.341(**)	.316(**)	.356(**)	.425(**)	.284(**)	-.149(*)	.338(**)	.300(**)	.147(*)	.225(**)	.306(**)	.311(**)	.230(**)	.173(**)	.147(*)	-.0014	.427(**)			
BIAI_C_P	-.023	.148(*)	-.206(**)	.242(**)	.161(*)	.286(**)	.215(**)	.267(**)	.256(**)	.237(**)	-.004	.175(**)	.143(*)	.235(**)	0,083	0,109	0,096	0,091	0,053	.139(*)	0,063	.301(**)	0,069	.190(**)	

Nota. *BMI*= Body Mass Index. *BES*= Binge Eating Scale. *ROS_SELF*= Rosenberg Self-Esteem Scale. *ORW_F1*= *ORWELL* scala psicologica. *ORW_F2*= *ORWELL* scala fisica. *ORWELL O*= *ORWELL* occurrence. *ORWELL R*= *ORWELL* relevance. *POMS T*= scala tensione/ansia. *POMS D*= scala depressione. *POMS A*= scala aggressività/rabbia. *POMS V*= scala vigore/attività. *POMS S*= scala stanchezza/indolenza. *POMS C*= scala confusione/sconcerto. *IIP*, 1= scala autoritario_controllato. *IIP*, 2= vendicativo_centrato su di se. *IIP*, 3= scala freddo_distante. *IIP*, 4= inibizione sociale. *IIP*, 5= anassertività. *IIP*, 6= eccessivamente accomodante. *IIP*, 7= che sacrifica se stesso. *IIP*, 8= invadente_bisognoso. *BIAI_S_N*= *BIAI* scala sentimenti negativi verso il corpo. *BIAI_S_P*= *BIAI* scala sentimenti positivi verso il corpo. *BIAI_C_S*= *BIAI* scala pensieri suicidari. *BIAI_C_P*= *BIAI* scala comportamenti riduzione del peso.

Discussione

Il presente studio ha voluto indagare la presenza di una differenza, rispetto alla qualità di vita, agli stati emotivi, all'autostima e alle relazioni interpersonali tra il gruppo dei soggetti obesi che presenta comportamenti *binge eating* e quello dei soggetti obesi che non mette in atto tale tipologia di condotta.

I risultati emersi dal nostro studio possono essere riassunti in due punti principali. In primo luogo, dai dati ottenuti emerge che la presenza di comportamenti *binge* in soggetti obesi risulta associata ad un maggiore malessere psicologico, caratterizzato da minore autostima, peggiore qualità di vita, sia riguardo agli aspetti psicosociali che a quelli di carattere fisico, e maggiori problemi emotivi. Relativamente a quest'ultimo aspetto, i soggetti obesi con comportamenti *binge* riportano livelli maggiori in tutte le aree indagate: depressione, stanchezza/indolenza, tensione/ansia, confusione e aggressività. Per quanto riguarda lo studio delle relazioni interpersonali, alcuni studi hanno suggerito la presenza, in soggetti obesi *binge*, di un sistema relazionale poco coeso e supportivo (Riener *et al.*, 2006), trascurando, tuttavia, le specifiche modalità messe in atto dal singolo individuo obeso nella gestione dei propri rapporti interpersonali. Dai dati emersi dal nostro studio tali modalità relazionali risultano caratterizzate da modalità comportamentali anassertive ed eccessivamente accomodanti e protettive verso gli altri.

Infine, la maggiore presenza di comportamenti *binge* è associata in maniera significativa con aspetti problematici riguardanti la percezione della propria immagine corporea; tale dato acquista maggiore rilevanza se si tiene conto del fatto che la percezione dell'immagine corporea è ritenuta un importante mediatore tra l'obesità e il distress psicologico (Friedman *et al.*, 2002).

Anche se la presenza di un malessere psicologico nei soggetti obesi con comportamenti *binge* è stata evidenziata in diversi lavori, finora pochi studi avevano valutato contemporaneamente i molteplici aspetti del distress psicologico sperimentato da soggetti obesi con comportamenti *binge* in un campione di pazienti consecutivi.

L'altro risultato centrale di questo studio è che il grado di obesità (livello di BMI) non è correlato con i comportamenti *binge eating*: nel nostro campione, i due gruppi di soggetti (obesi BED e non BED) non hanno un differente livello di obesità. Anche su questo aspetto, esiste ormai una buona evidenza clinica e di ricerca sul fatto che il malessere psicologico associato al *binge eating* sia più associato alla gravità di tali condotte che non al livello di obesità (Telch & Agras, 1996; Bulik *et al.*, 2002): ad esempio, in uno studio su soggetti BED ed obesi non BED, è stato mostrato come nonostante il BMI dei due gruppi fosse simile, i problemi relativi al peso ed alla forma corporea erano più gravi nei soggetti BED (Allison *et al.*, 2005). La mancanza di differenza tra donne obese con BED e donne BED senza diagnosi di aggiuntiva obesità, relativamente a psicopatologia alimentare, depressione e disturbi di personalità, ha evidenziato con forza l'indipendenza tra problematiche associate ai BED e livello di obesità (Barry, Grilo & Masheb, 2003). Così come non sono stati riscontrati problemi psichiatrici e relativi ai disturbi alimentari tra donne sovrappeso, obese e gravemente obese (Didie & Fitzgibbon, 2004). Infine, anche la peggiore qualità di vita dei soggetti obesi sembra associata più ai comportamenti *binge* che non al livello di obesità. I soggetti obesi *binge eaters* nel nostro studio mostrano comunque una qualità di vita significativamente peggiore rispetto ai soggetti obesi non *binge*, anche se i due gruppi non si differenziano per il livello del BMI. Questo dato è in accordo con quanto mostrato da Rieger *et al.* (2005) che hanno trovato come i soggetti obesi BED hanno una qualità di vita peggiore (nel lavoro, nella vita sociale, nelle relazioni sessuali) rispetto ai soggetti obesi non BED, pur non riscontrando diversi livelli di BMI nei due gruppi.

Anche se la validità diagnostica del BED è ancora discussa (Latner & Clyne, 2008), è indubbio che comportamenti *binge eating* siano associati con un malessere psicologico spesso caratterizzato da disturbi alimentari ed alta comorbilità di tipo psichiatrico. È ancora

aperto il dibattito se considerare il BED un disturbo specifico o un marker psicopatologico relativo all'obesità (Stunkard & Allison, 2003). Sappiamo che i soggetti obesi che presentano anche una diagnosi di BED fanno maggiore richiesta di interventi psicoterapeutici o di counseling psicologico rispetto ai soggetti obesi senza diagnosi di BED (Yanovski *et al.*, 1993; Ramacciotti *et al.*, 2008).

A livello clinico, i risultati di tali studi supportano quindi l'importanza di effettuare una diagnosi di BED nei soggetti obesi che richiedono un trattamento (medico o psicologico), in quanto esistono profonde differenze psicopatologiche tra queste due tipologie di soggetti.

Bibliografia

Allison, K.C., Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Stunkard, A.J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1107–1115.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM–IV), Masson, Milano, 1996).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. - TR). Washington, DC: Author. (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM–IV–TR). Masson, Milano, 2002).

Barry, D.T., Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2003). Comparison of obese patients with binge eating disorder and nonobese patients with binge eating disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease, 191*, 589–594.

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.

Davis, C., Levitan, R.D., Carter, J., Kaplan, A.S., Reid, C., Curtis, C., et al. (2008). Personality and Eating Behaviors: A Case–Control Study of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 243–250.

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

de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, E.M., Monson, N., Swan Kremeier, L., Roerig, J.L., et al. (2002). Two Measures of Health-Related Quality of Life in Morbid Obesity. *Obesity Research, 10* (11), 1143–1151.

Didie, E.R., & Fitzgibbon, M. (2004). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors, 6*, 35–41.

Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., & Musante, G.J. (2002). Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. *Obesity Research, 10*, 33–41.

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

Grilo, C.M. (2002). Binge eating disorder. In C.G. Fairburn, K. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 178–182). New York, NY: Guilford.

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

- Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (2000). *Inventory of interpersonal problems (IIP-32/IIP-64)*. London: Psychological Corporation.
- Hsu, L.K., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa, D.S., Rand, W., Fairburn, C.G., *et al.* (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *26*, 1398–1403.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., & Spitzer, R.L., (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1472-1479.
- Yanovski, S.Z. (1999). Diagnosis and prevalence of eating disorders in obesity. In B. Guy-Grand & G. Ailhaud (Eds.), *Progress in obesity research* (pp. 229–236). London: Libby.
- Latner J.D., & Clyne C.C. (2008). The Diagnostic Validity of the Criteria for Binge Eating Disorder. *International Journal Eating Disorders*, *41*, 1–14.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L., *et al.* (1999). Quality of Life and Overweight: The Obesity Related Well-Being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addictive Behaviours*, *24*, 345-357.
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 441-444). New York, NY: Guilford.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal Eating Disorders*, *39*, 141–146.
- Mc Nair, D., Lorr, M., & Droppleman, L.F. (1971). Manual for the Profile of the Mood States. San Diego: EdITS Educational and Industrial Testing Service. (trad. It. POMS. Profile of Mood States, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1991).
- Mitchell, J.E., & Mussell, M.P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav*, *20*, 725-732.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Dieting, and the development of eating disorders in overweight and obese adults. *Arch Intern Med*, *160*, 2581–2589.
- Osman, A., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Gutierrez, P.M., Williams, J.E., & Bailey, J. (2006). The Body Assessment Inventory (BAI): Development and Initial Validation. *Journal of Clinical Psychology*, *62* (7), 923-942.
- 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*, *94*, 131–138.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Bondi, E., Burgalassi, A., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2008). Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 643-649.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P.L., *et al.* (2000). Screening for Binge Eating Disorder in Obese Outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *41* (2), 111-115.
- Rieger, E., Wilfley, D.E., Stein, R.I., Marino, V., & Crow S.J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 234–240.
- Riener, R., Schindler, K., & Ludvik B. (2006). Psychological variables, eating behavior, depression, and binge eating in morbidly obese subjects. *Eating Behaviors*, *7*, 309-314.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York, NY: Basic Books.

Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., *et al.* (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (2), 137-153.

Stunkard, A.J., Berkowitz, R., Tanrikut, C., Reiss, E., & Young, L. (1996). d-fenfluramine treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1455- 1459.

Stunkard A.J., & Allison K.C. (2003). Binge eating disorder: Disorder or marker? *International Journal of Eating Disorders*, 34, S107–S116.

Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53–61.

Telch, C.F., & Agras, W.S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271–279.

Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259–269.

Yanovski S.Z. (1999). Diagnosis and prevalence of eating disorders in obesity. In B. Guy-Grand, G. Ailhaud (Eds.), *Progress in obesity research* (pp. 229–236). London: Libby.