

La psicoeducazione nel disturbo d'alimentazione incontrollata: fattori predittivi di efficacia

Psychoeducation in binge eating disorder: factors predicting efficacy

A. ANGARANO*^{***}
R. CIANO**
M. PASCOLO**
M. BALESTRIERI**

* Istituto Scientifico "E. Medea"
polo del Friuli-Venezia Giulia -
Associazione La Nostra Famiglia;
** Clinica Psichiatrica DPMSC,
Università di Udine

Key words

Binge eating disorder (BED) • Overweight • Psychoeducation • Predictor factors

Correspondence: Prof. Alberto Angarano, Istituto Scientifico "E. Medea" polo del Friuli-Venezia Giulia - Associazione La Nostra Famiglia c/o Padiglione Scrosoppi, via Colugna 50, 33100 Udine, Italy
Tel. +39 340 4662688
angarano.alberto@libero.it

Summary

Objective

The aim of this study is to identify the factors that influence the effectiveness of group psychoeducation, defined as absence of binge eating, at the end and one year after therapy, in subjects with binge eating disorder (BED). Also was evaluated the correlation between binge eating and obesity, assessing which factors may be predictors for satisfyingly weight loss.

Methods

A total of 26 patients were included in the study (Table I). Subjects who continued binge eating at the end of the therapy (t1) were defined as non-responsive patients (NR); those who continued binge eating one year after therapy (t2) were defined as non-abstinent patients (NA) (Fig. 1). The predictor factors were divided into clinical and psychometric variables. The following clinical data were considered: years of dieting and binge eating, body mass index (BMI) and the frequency of binge eating at the beginning of therapy (t0). The psychometric data analysed were: eating aptitude and behaviour (EDI-2), alexithymia (TAS-20), family support (FA), anxiety and depression (HADS). These data were estimated at t0 and t1.

Results

The NR (n = 6; 23.1%) were attributed higher scores in the anxiety subclassification (HADS) at t0. The NA (n = 7; 26.9%) presented a higher rate and a higher number of years of binge eating, furthermore they had a lower level of family support at t0. No patients had a satisfactory weight loss at t1; 19.2% of the patients lost weight at t2 (Table II).

Conclusions

The present study confirms, as observed in other studies, that clinical parameters, like the rate and number of years of binge eating at the beginning of therapy, are predictor factors for maintenance of effectiveness one year after treatment. Furthermore, anxiety before therapy results in a lower response to treatment and poor family support is associated with inadequate results of maintenance one year after therapy. No association between weight loss and disappearance of binge eating was observed. Thus, these parameters may be used by the clinician to identify a population of patients who need another therapeutic approach, with integrated and long interventions.

Introduzione

Il disturbo d'alimentazione incontrollata (DAI) è stato descritto per la prima volta nel 1959 da Stunkard in un gruppo di pazienti obese che mostravano degli episodi di abbuffate senza comportamenti compensatori¹. Attualmente per la diagnosi ci si attiene ai criteri di ricerca indicati nell'appendice B del DSM-IV-TR². I fattori di rischio psicosociali per il DAI comprendono: elevati livelli di *stress*, depressione, difficoltà di adattamento e inadeguato supporto sociale³. Tra le pazienti DAI la difficoltà a mentalizzare sensazioni ed emozioni (alestitimia) sembra essere un fattore predittivo di un utilizzo "emotivo" dell'alimentazione,

mentre nelle pazienti obese questo utilizzo del cibo sembra correlato maggiormente alla percezione di *stress* e depressione⁴.

Sebbene il peso eccessivo non sia inserito nei criteri richiesti per la diagnosi, l'obesità è una condizione frequente nei pazienti DAI: secondo i dati di letteratura il DAI è presente nello 0,7-4% della popolazione generale ed è molto più rappresentato, fino al 30%, nei pazienti che richiedono un trattamento per perdere peso^{5,6}. Le pazienti con DAI obese, durante le abbuffate, hanno l'attitudine a introdurre alimenti ad alto contenuto calorico. A tal proposito alcuni autori definiscono come abbuffata l'introduzione di almeno 1300 chilocalorie per episodio⁷. In queste pazienti

la sensazione di ripienezza viene in effetti avvertita solamente dopo un episodio di alimentazione incontrollata, ma non dopo un pasto regolare⁸. Questo comportamento alimentare si correla a valori elevati di indice di massa corporea (IMC).

Per quel che riguarda il trattamento del disturbo, le linee guida dell'*American Psychiatric Association* per il trattamento del DAI suggeriscono un approccio multidisciplinare che comprenda trattamenti psicofarmacologici, psicosociali e interventi nutrizionali⁹. Tra gli interventi psicosociali la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e la terapia interpersonale (TIP) sono quelli più utilizzate. Wilson & Fairburn, in una revisione della letteratura sull'argomento¹⁰, hanno evidenziato che la TCC e la TIP portano alla scomparsa dei comportamenti di alimentazione incontrollata nel 59% e nel 64% dei casi, rispettivamente. Recentemente, un articolo del nostro gruppo ha dimostrato l'efficacia della terapia breve a orientamento psicodinamico nei pazienti con DAI¹¹. Bisogna ricordare comunque che, sebbene il DAI possa essere adeguatamente trattato, spesso nei pazienti tende a persistere una sintomatologia sottosoglia¹².

Tra i fattori predittivi di efficacia delle terapie, Agras et al. hanno identificato l'età di esordio del disturbo del comportamento alimentare, il momento d'inizio della terapia e la gravità del disturbo^{13,14}. Peterson et al. hanno riportato che una elevata frequenza di comportamenti d'alimentazione incontrollata prima della TCC è un fattore predittivo di cattivo risultato¹⁵. Safer et al. hanno identificato come fattore predittivo di ricaduta nei soggetti che rispondevano alla *Dialectical Behaviour Therapy* (DBT) del DAI prima dei 16 anni d'età un alto punteggio nella sottoscala della restrizione dell'*Eating Disorder Examination*¹⁶.

Bisogna infine ricordare che se i vari interventi terapeutici sono efficaci nel ridurre i comportamenti di alimentazione incontrollata, questi non hanno gli stessi risultati sul decremento ponderale¹⁴⁻¹⁶.

Gli obiettivi del nostro lavoro sono quelli di studiare nei soggetti con DAI sovrappeso che hanno partecipato a un intervento di psicoeducazione di gruppo:

- quali sono i fattori che influenzano l'efficacia di questo intervento, definito come assenza di comportamento di alimentazione incontrollata, a fine del trattamento e dopo un anno;
- la correlazione tra alimentazione incontrollata e obesità.

La nostra ipotesi era che i fattori anamnestici, il comportamento alimentare, i parametri ponderali, gli stati emotivi, la capacità di mentalizzare e il supporto familiare potrebbero essere dei fattori predittivi di risposta efficace alla terapia al termine della psicoeducazione e dopo un anno.

Materiali e metodi

CAMPIONE

Lo studio è stato condotto dalla Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Udine, in collaborazione con l'Unità Operativa di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" della Misericordia di Udine.

Il campione iniziale ha incluso pazienti con DAI che hanno accettato di sottoporsi a un trattamento psicoeducativo di gruppo per le problematiche di comportamento alimentare e per il sovrappeso, nel periodo compreso tra marzo 1999 e marzo 2001. Tutti i pazienti sono stati informati della procedura sperimentale del trattamento, i dati sono stati raccolti mantenendo l'anonimato dei soggetti.

I criteri d'inclusione al trattamento comprendevano:

- Diagnosi di DAI effettuata con un'intervista clinica effettuata secondo i criteri diagnostici DSM IV, considerando sia una diagnosi piena (almeno due abbuffate settimanali) sia una diagnosi sottosoglia (meno di due abbuffate settimanali).
- Sovrappeso: IMC > 26.

I criteri d'esclusione comprendevano:

- trattamento psicoterapico in corso;
- trattamento psicofarmacologico in corso;
- trattamento dietetico in corso;
- presenza di importanti patologie internistiche.

Dei 57 pazienti che hanno partecipato alla terapia psicoeducativa, 38 presentavano le caratteristiche d'inclusione e 32 di questi hanno concluso il trattamento. Nel gruppo di 32 pazienti che hanno portato a termine il trattamento, 26 pazienti hanno effettuato un controllo psichiatrico e una rivalutazione a un anno e sono stati inclusi in questo studio.

A seconda dell'efficacia della terapia psicoeducativa, considerata in base all'assenza delle abbuffate dopo il trattamento, i pazienti dello studio sono stati considerati come soggetti che hanno risposto (R) o che non hanno risposto (NR) alla terapia. Al *follow-up* di un anno i pazienti che non hanno avuto episodi di alimentazione incontrollata nei tre mesi precedenti al controllo sono stati definiti astinenti (A), mentre in caso di presenza di abbuffate sono stati considerati non astinenti (NA).

È stata definita come perdita di peso significativa un decremento ponderale, misurato con l'IMC, pari almeno al 5% del valore presente prima di iniziare il trattamento.

TRATTAMENTO PSICOEDUCATIVO DI GRUPPO

Il trattamento psicoeducativo di gruppo si basa sul rationale che i soggetti con DAI hanno un modello cognitivo-emotivo e comportamentale caratterizzato da scarsa autostima, difficoltà di comunicazione e nel riconoscere le proprie emozioni, vergogna per

la propria immagine corporea, tendenza ad assumere atteggiamenti rigidi e coercitivi. Tutte queste caratteristiche sono correlate all'alimentazione incontrollata¹¹.

Il nostro modello psicoeducazionale prevede una parte informativa, che ha lo scopo di far conoscere i meccanismi per i quali il DAI inizia e tende a perpetuarsi nel tempo e di fornire informazioni corrette sui fattori che predispongono, precipitano o mantengono il DCA, e di una parte più strettamente comportamentale, che si propone di ridurre i principali fattori di mantenimento del disturbo, attraverso l'applicazione del *problem solving* al diario alimentare.

L'approccio terapeutico psicoeducativo ha l'obiettivo di aiutare i soggetti con DAI a sviluppare abilità di comunicazione e tecniche di risoluzione dei problemi. La tecnica di *problem solving* permette di adattarsi in maniera più efficace e funzionale alle difficoltà quotidiane, in modo da interrompere il circolo vizioso composto da *stress*-alimentazione incontrollata-perdita di autostima-*stress*. La riabilitazione nutrizionale permette di migliorare le abitudini alimentari disfunzionali come il piluccamento, il digiuno per molte ore, la dieta eccessivamente povera di calorie e lo scarso esercizio fisico.

Le sedute si sono svolte a cadenza settimanale per dieci sedute, e hanno avuto la durata di 90 minuti. Lo *staff* terapeutico è stato composto da uno psichiatra, uno psicologo e un esperto in nutrizione (medico specialista in malattie metaboliche o dietista). Vi è stata inoltre la supervisione di uno psichiatra esperto in terapia di gruppo.

VARIABILI PSICOMETRICHE

Le variabili psicometriche relative alle attitudini alimentari sono state ottenute utilizzando l'*Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2), un test che valuta comportamenti e abitudini alimentari¹⁷. Questo strumento è formato da 11 sottoscale per un totale complessivo di 91 *item*. In questo studio sono state utilizzate le sottoscale più importanti per le alterazioni del comportamento alimentare: impulso alla magrezza (IM), bulimia (BU) e insoddisfazione corporea (IC). La *Symptom Checklist of the Eating Disorder Inventory* (EDI-SYC) è stata utilizzata in questo studio per raccogliere dati su¹⁷:

- anni di dieta;
- anni di alimentazione incontrollata;
- numero di abbuffate settimanali;
- differenza tra peso massimo e peso minimo raggiunti dal paziente nella storia ponderale del paziente.

Questi dati, assieme all'IMC, sono stati definiti come variabili cliniche.

La presenza di ansia e depressione è stata valutata utilizzando l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), un test a 14 *item* e due sottoscale che rileva

questi due parametri nei soggetti che afferiscono all'ospedale generale e alla medicina generale¹⁸.

Il livello di supporto familiare è stato analizzato utilizzando il *Family Appgar* (FA), strumento che suddivide il vissuto di sostegno in tre livelli: buono, medio e scarso¹⁹.

L'alestitimia è stata misurata attraverso la *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20), una scala che esplora l'abilità del soggetto a riconoscere ed esprimere emozioni. Il test è composto da 20 *item* e tre sottoscale: difficoltà di identificare (F1) ed esprimere emozioni (F2) e pensiero orientato all'esterno (F3)²⁰.

I dati psicometrici e clinici sono stati raccolti prima di iniziare la terapia (t0), alla fine della stessa (t1) e dopo un anno dal termine del trattamento (t2).

ANALISI STATISTICA

I dati sono stati analizzati preliminarmente con il test di Shapiro-Wilk per determinarne la distribuzione. Sono stati utilizzati test statistici parametrici quando la distribuzione dei valori è risultata normale; in caso contrario sono stati utilizzati test non parametrici. Le variabili quantitative con distribuzione normale sono state analizzate inizialmente con il test di Levene e successivamente con il *t-test* di Student per dati non appaiati. Per la statistica non parametrica è stato utilizzato il test di Mann-Whitney per dati non appaiati. Le variabili categoriali sono state studiate con il test chi-quadro corretto con il test di Fisher. L'analisi delle correlazioni è stata effettuata utilizzando il test di Pearson per i dati con distribuzione normale, in caso contrario è stato utilizzato il test di Spearman.

Il livello di significatività scelto è stato pari a $p = 0,05$. Il programma di analisi statistica utilizzato è stato l'SPSS per Windows versione 7.0²¹.

Risultati

Le caratteristiche dei 26 pazienti con DAI che hanno partecipato allo studio sono descritte nella Tabella I. Il campione era composto prevalentemente da donne coniugate con obesità di primo grado. I soggetti con diagnosi DAI piena erano differenti dai DAI sottoglia per un maggior numero di anni di abbuffate (17,2 vs. 6,8, $p = 0,008$), per un maggior numero di abbuffate settimanali (2,8 vs. 0,5, $p < 0,001$) e per un punteggio più alto nella sottoscala BU dell'EDI-2 (7,3 vs. 3,1, $p = 0,002$).

La Figura 1 mostra che dei 26 soggetti con DAI, 6 rientravano nei criteri dei NR (23,1%). Tra i pazienti R, l'85% ha mantenuto il risultato a t2 e sono stati pertanto considerati astinenti (A). Complessivamente 7 soggetti sono stati definiti NA.

La Tabella II mostra che soggetti R e NR non presentavano differenze significative nelle variabili cliniche e psicometriche, con l'eccezione dei livelli iniziali

Tab. I. Caratteristiche del campione (n = 26). *Sample characteristics (n = 26).*

| | N. | % |
|------------------------|----|------|
| Sesso | | |
| Maschi | 2 | 7,7 |
| Femmine | 26 | 92,3 |
| Età in anni | | |
| < 35 | 5 | 19,2 |
| 35-44 | 8 | 30,8 |
| 45-54 | 10 | 38,5 |
| > 54 | 3 | 1,5 |
| Stato civile | | |
| Singoli | 4 | 15,4 |
| Coniugati | 20 | 76,9 |
| Vedovi | 2 | 7,7 |
| Grado d'obesità | | |
| Sovrappeso | 4 | 15,4 |
| I grado | 14 | 53,8 |
| II grado | 3 | 11,5 |
| III grado | 5 | 19,2 |
| Diagnosi a t0 | | |
| DAI s. piena | 12 | 46,2 |
| DAI s. sottosoglia | 14 | 53,8 |

(t0) di ansia alla HADS, che risultavano maggiori nei NR ($p = 0,028$).

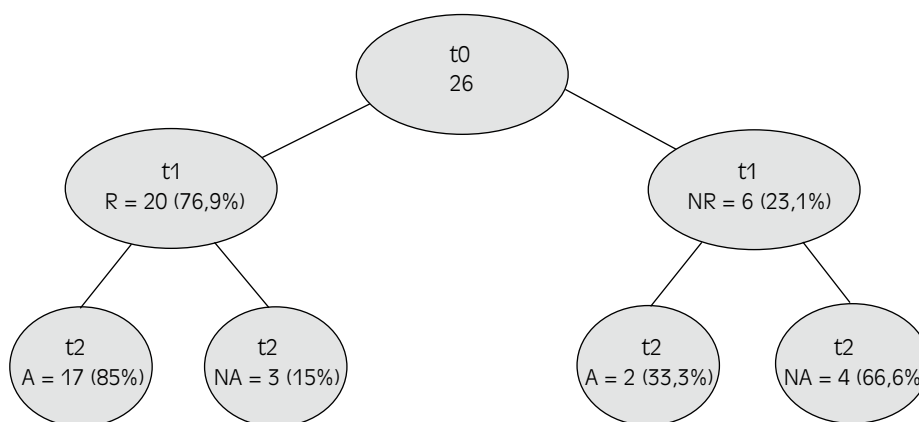
Al *follow-up* di un anno (t2), i soggetti NA hanno dimostrato differenze significative rispetto agli A su alcuni parametri: un maggior numero di anni di alimentazione incontrollata ($p = 0,022$), una maggiore frequenza di abbuffate settimanali ($p = 0,041$) e una percezione di minore supporto familiare ($p = 0,048$).

Nonostante l'efficacia sul comportamento alimentare della terapia psicoeducativa, la maggior parte dei pazienti non ha perso peso in maniera adeguata: nessun paziente a t1 ha perso peso in maniera significativa (almeno 5% del peso corporeo), e a t2 solamente 5 soggetti (19,2%) hanno perso peso in maniera sufficiente. Sotto questo profilo, non sono emerse differenze tra soggetti NA e A e tra soggetti con diagnosi DAI sopra o sottosoglia.

Discussione

I dati della letteratura indicano che l'approccio psicoeducativo è più efficace rispetto all'approccio dietetico puro, soprattutto nel lungo termine, migliorando sia i sintomi ansioso-depressivi associati al DAI, sia il comportamento alimentare²²⁻²³. Più controverso è l'aspetto dell'efficacia sulla riduzione del peso, con risultati sia positivi sia negativi²⁴⁻²⁵.

Il nostro studio ha esaminato quali sono i fattori predittivi dell'efficacia della terapia psicoeducativa in un gruppo di pazienti DAI. Inoltre, abbiamo cercato di valutare l'impatto della terapia sul sovrappeso, condizione frequentemente presente in questo gruppo di pazienti. Il principale limite di questo studio è stato

Fig. 1. Flow-chart dell'esito del trattamento nei pazienti. *Flow-chart of outcome of patients' treatment.*

t0 = pre-trattamento; t1 = post-trattamento; t2 = controllo a un anno dal trattamento; R = soggetti che rispondono al trattamento; NR = soggetti che non rispondono al trattamento; A = soggetti astinenti; NA = soggetti non astinenti.

Tab. II. Caratteristiche cliniche e psicometriche a seconda dell'esito a t1 e a t2. *Clinical and psychometric characteristics estimated at t1 and at t2.*

| | T1 | | | | | T2 | | | | | |
|-----------------------|---------------|------|---------------|------|-------|---------------|------|---------------|------|-------|------|
| | NR (n = 6) | | R (n = 20) | | p | NA (n = 7) | | A (n = 19) | | p | |
| | M | DS | M | DS | | M | DS | M | DS | | |
| Anni di dieta | 21,1 | 10,1 | 19,6 | 8,8 | n.s. | 20,8 | 7,0 | 19,6 | 9,7 | n.s. | |
| Anni di abbuffate | 18,0 | 9,3 | 9,9 | 12,3 | n.s. | 19,4 | 8,2 | 8,9 | 12,1 | 0,022 | |
| N. abbuffate/sett. t0 | 2,0 | 0,9 | 1,5 | 1,6 | n.s. | 2,6 | 1,7 | 1,3 | 1,2 | 0,041 | |
| Diff. peso max-min* | 39,0 | 12,2 | 34,3 | 13,0 | n.s. | 35,0 | 12,8 | 35,5 | 13,0 | n.s. | |
| IMC a t0 | 37,6 | 8,5 | 33,8 | 5,1 | n.s. | 38,2 | 8,1 | 33,4 | 4,8 | n.s. | |
| EDI-2 a t0 | | | | | | | | | | | |
| | IM | 10,2 | 4,8 | 12,1 | 4,5 | n.s. | 11,3 | 5,5 | 11,8 | 4,3 | n.s. |
| | BU | 8,0 | 5,1 | 4,1 | 3,1 | n.s. | 6,8 | 4,8 | 4,4 | 3,4 | n.s. |
| | IC | 16,5 | 8,5 | 15,4 | 6,7 | n.s. | 19,1 | 7,1 | 14,3 | 6,7 | n.s. |
| Family Apgar t0 | 4,5 | 3,5 | 6,7 | 3,3 | n.s. | 4,4 | 2,8 | 6,8 | 2,8 | 0,048 | |
| HADS t0 | | | | | | | | | | | |
| Ansia | 12,8 | 4,3 | 8,4 | 3,2 | 0,028 | 11,4 | 4,5 | 8,7 | 3,5 | n.s. | |
| Depressione | 8,5 | 1,6 | 6,7 | 3,3 | n.s. | 8,1 | 2,0 | 6,8 | 3,3 | n.s. | |
| TAS-20 a t0 | 59,6 | 6,6 | 62,7 | 11,5 | n.s. | 59,6 | 7,2 | 62,5 | 11,5 | n.s. | |

EDI-2: IM = impulso alla magrezza; BU = bulimia; IC = insoddisfazione corporea.

* Differenza tra peso max e peso min raggiunti nella storia ponderale del paziente (kg).

l'esiguo numero di casi osservati. Si deve sottolineare comunque che la numerosità del nostro campione non è dissimile da quella di altri studi sull'argomento¹⁶. Un altro limite può essere considerato quello della assenza di strumenti di valutazione della qualità di vita. I dati raccolti in questa ricerca hanno confermato che l'intervento psicoterapico nei pazienti con DAI è efficace nel ridurre la frequenza degli episodi di alimentazione incontrollata, mentre non appare altrettanto efficace nel permettere una sostanziale diminuzione del peso corporeo. Questi risultati confermano quanto già riportato in letteratura^{26 16}.

Nel controllo a un anno l'85% dei pazienti che rispondevano al trattamento è rimasto astinente da abbuffate e un terzo dei pazienti che non rispondevano al trattamento ha mostrato un miglioramento a distanza. Un fattore associato a una cattiva risposta al termine del trattamento psicoeducativo è stato quello dell'ansia, più elevata nei soggetti che non hanno risposto alla terapia. È possibile che questi soggetti siano portatori di un disturbo d'ansia sottosoglia e potrebbero necessitare di un trattamento integrato psicoeducativo e psicofarmacologico.

Per quello che riguarda il mantenimento dell'efficacia a distanza, la durata precedente di malattia e la frequenza delle abbuffate prima del trattamento appaiono fattori prognostici sfavorevoli. A tal proposito

un'accurata anamnesi, con particolare attenzione alla storia del comportamento alimentare del paziente, potrebbe orientare il clinico nell'individuazione dei soggetti che sono a maggior rischio di non rispondere al trattamento o di presentare una recidiva nel breve termine. Si potrebbe già pensare per questi soggetti a un trattamento diverso, per esempio un maggior numero di sedute o un trattamento a più livelli.

Il dato riguardante il basso livello di percezione di sostegno familiare nei soggetti NA potrebbe invece far ipotizzare che i pazienti DAI che hanno questo vissuto potrebbero beneficiare di un trattamento che coinvolga anche le figure parentali.

I soggetti affetti da DAI hanno molto frequentemente problematiche ponderali e questo aspetto ha un importante riflesso sulla qualità di vita di queste persone. Alcuni studi hanno dimostrato che i pazienti che interrompono le abbuffate continuano a perdere peso dopo il trattamento¹⁴, mentre secondo i nostri dati e quelli di altri lavori⁹ il DAI e l'obesità sembrano essere due entità patologiche presenti in comorbilità. La risposta ai trattamenti nutrizionali dei pazienti DAI appare sovrapponibile a quella dei pazienti obesi non DAI, nei quali la ripresa e l'incremento del peso dopo un trattamento sembra essere molto frequente^{27 28}.

In conclusione, i dati di questo studio evidenziano che alcuni parametri clinici legati al comportamen-

to d'alimentazione incontrollata potrebbero essere preventivamente presi in considerazione sia per prevedere l'efficacia del trattamento e il mantenimento dell'astinenza nel tempo, sia per impostare, in pazienti con determinate caratteristiche, trattamenti intensivi e integrati già in prima battuta.

Bibliografia

- 1 Stunkard AJ. *Eating patterns and obesity*. Psychiat Q 1959;33:284-92.
- 2 De Zwaan HS. *Binge eating disorder and obesity*. Int J Obesity Relat Metab Disord 2001;25:51-5.
- 3 Freeman LM, Gil KM. *Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating*. Int J Eat Disord 2004;36:204-12.
- 4 Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP, Barbe P. *Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women*. Obes Res 2003;11:195-201.
- 5 Williamson DA, Martin CK. *Binge eating disorder: a review of the literature after publication of DSM-IV*. Eat Weight Disord 1999;4:103-14.
- 6 Dingemans AE, Bruna MJ, Van Furth EF. *Binge eating disorder: a review*. Int J Obesity Relat Metab Disord 2002;26:299-307.
- 7 Gardiner HM, Freeman CP, Jensinger DK, Collins SA. *Fluvoxamine: an open pilot study in moderately obese female patients suffering from atypical eating disorders and episodes of bingeing*. Int J Obesity Relat Metab Disord 1993;17:301-5.
- 8 Guss JL, Kisseleff H, Devlin MJ, Zimmerli E, Walsh BT. *Binge size increases with Body Mass Index in women with Binge-Eating-Disorder*. Obes Res 2002;10:1021-9.
- 9 American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorder*. Am J Psychiatry 2000;157:1-34.
- 10 Wilson GT, Fairburn CG. *The treatment of Binge Eating Disorder*. Eur Eat Disord Rev 2000;5:351-4.
- 11 Ciano R, Rocco PL, Angarano A, Biasin E, Balestrieri M. *Group-Analytic and psychoeducational therapies for binge eating disorder: an exploratory study on efficacy and persistence of effects*. Psychother Res 2002;12:231-9.
- 12 Cachelin FM, Striegel-Moore RH, Elder KA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. *Natural course of a community sample of women with binge eating disorder*. Int J Eat Disord 1999;25:45-54.
- 13 Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Detzer JJ, Henderson J. *Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive behavioral therapy?* J Consult Clin Psychol 1995;63:343-7.
- 14 Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Marnell M. *One-year follow-up of cognitive-behavioural therapy for obese individuals with binge eating disorder*. J Consult Clin Psychol 1997;65:343-7.
- 15 Peterson CB, Crow SJ, Nugent S, Mitchell JE, Engbloom S, Mussell MP. *Predictors of treatment outcome for binge eating disorder*. Int J Eat Disord 2000;28:131-8.
- 16 Safer DL, Lively TJ, Telch CH, Agras WS. *Predictors of relapse following successful dialectical behaviour therapy for binge eating disorder*. Int J Eat Disord 2002;32:155-63.
- 17 Gardner DM. *Eating Disorder Inventory-2: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 1991.
- 18 Zigmond AS, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.
- 19 Smilkstein G. *The Family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians*. J Fam Pract 1978;6:1231-9.
- 20 Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: item selection and cross-validation of the factor structure*. J Psychosom Res 1994;38:23-32.
- 21 SPSS Incorporation. *SPSS for Windows release 7.0*. Chicago, IL, 1997.
- 22 Dalle Grave R. *Terapia cognitivo-comportamentale dell'obesità*. Verona: Positive Press 2001.
- 23 Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, et al. *Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:463-9.
- 24 Painot D, Jotterand S, Kammer A, Fossati M, Golay A. *Simultaneous nutritional cognitive-behavioural therapy in obese patients*. Patient Educ Couns 2001;42:47-52.
- 25 Leibbrand R, Fichter MM. *Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary?* Behav Res Ther 2002;40:1275-89.
- 26 Devlin MJ. *Binge Eating Disorder and obesity. A combined treatment approach*. Psychiatr Clin North Am 2001;24:325-35.
- 27 Devlin MJ, Goldfein JA, Carino JK, Wolk SL. *Open treatment of overweight binge eaters with phentermine and fluoxetine in an adjunct to cognitive-behavioural therapy*. Int J Eat Disord 2000;28:325-32.
- 28 Wing RR. *Behavioral approach to the treatment of obesity*. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT, editors. *Handbook of obesity*. New York: Marcel Dekker 1998, p. 855-73.

Ringraziamenti

Si ringraziano la dott.ssa Elena Biasin della Clinica Psichiatrica DPMSC, Università di Udine e il dott. Claudio Taboga, la dott.ssa Laura Tonutti e la sig.ra Marina Armellini dell'Unità Operativa di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" della Misericordia di Udine che hanno partecipato come co-conduttori alle sedute di psicoeducazione di gruppo.