

cerca nel sito...

Sei qui: [Home](#) > [Volume 26](#) > Un intervento secondo l'orientamento DBT sul Disturbo da Alimentazione Incontrollata: primi risultati nella ASL TSE

## Volume 26 - 31 Luglio 2023

---

# Un intervento secondo l'orientamento DBT sul Disturbo da Alimentazione Incontrollata: primi risultati nella ASL TSE

### Autori

Papa Margherita<sup>1</sup>, Martino Flavia<sup>2</sup>

(1) Direttrice UOC Psicologia area grossetana ASL TSE

(2) Psicologa Specializzanda in Psicoterapia UOC Psicologia ASL TSE

*Ricevuto il 15/06/2023 – Accettato il 30/06/2023*

---

### Riassunto

Il lavoro si propone di rendere conto di una esperienza terapeutica per i disturbi BED, secondo l'orientamento DBT, all'interno di un centro per i disturbi alimentari del SSN. Se ne analizzano i primi risultati in uno studio condotto con il metodo di somministrazione di tests pre e post trattamento, su un campione di partecipanti ai gruppi di skills attivati in quattro anni di lavoro. Si ipotizza che ci sia un miglioramento non casuale della sintomatologia alimentare e che alcuni costrutti individuati dalla letteratura, in particolare il costrutto della Regolazione Emotiva, correlino con il miglioramento della sintomatologia. Entrambe le ipotesi vengono confermate dall'analisi dei dati e si ritiene quindi che nei servizi pubblici del SSN sia possibile ottenere cambiamenti significativi con interventi orientati al metodo DBT.

---

## Abstract

The purpose of this paper is to report a therapeutic experience for BED disorders, according to the DBT orientation, within a center for eating disorders of the NHS. The first results are analyzed in a study conducted administering pre- and post-treatment tests, on a sample of participants in the skills groups activated over four years of work. The research hypotheses were the non-random improvement in eating symptoms and that some constructs identified in the literature, in particular the construct of Emotion Regulation, correlate with the improvement in symptoms. Both hypotheses are confirmed by the data analysis and it is therefore believed that in the public services of the NHS it is possible to obtain significant changes with interventions oriented to the Dialectical Behavior Therapy.

---

## Introduzione: il contesto

Nella ASL Toscana Sud Est, area provinciale di Grosseto, è attivo dal 2008 il Centro per i Disturbi Alimentari al quale afferiscono le persone che soffrono di queste patologie, complesse e quindi affrontabili preferibilmente con interventi multidisciplinari.

Fin da subito l'equipe multiprofessionale, costituita da medici nutrizionisti e psichiatri, psicologi e dietisti, si è trovata ad affrontare una consistente domanda di pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder). Nei primi anni di lavoro veniva effettuata una valutazione psicopatologica e nutrizionale e veniva progettata una presa in carico ambulatoriale individuale, cioè venivano fissati gli appuntamenti per i controlli con la dietista e il percorso di psicoterapia, associato a visite psichiatriche. Ci siamo presto resi conto però che il percorso psichiatrico e psicologico veniva seguito dai pazienti BED con una minore motivazione e spesso precocemente abbandonato. La domanda delle persone non verteva tanto sul capire il nesso tra mente e alimentazione, quanto sulla richiesta di un modo efficace di dimagrire. Non a caso le pazienti, spesso di età superiore ai 40 anni e prevalentemente di sesso femminile, avevano alle spalle già frequenti tentativi infruttuosi di soluzione del problema, che in realtà consistevano nel seguire delle diete, le più diverse ed a volte anche bizzarre.

Si creava cioè quel ciclo continuo, ormai ben conosciuto da chi studia questa particolare categoria di disturbi, tra periodi di adesione alla dieta con conseguente perdita di peso, periodi in cui si ricomincia a mangiare "normalmente" con la ricomparsa del sintomo, successivo riacquisto del peso ed ulteriore aumento e quindi nuovo proposito di trovare un'altra dieta.

Nella équipe riflettendo sulla criticità dei drops out e sulla specificità del ciclo autoricorsivo abbiamo cominciato a cercare degli approcci terapeutici che potessero affrontare sia l'aspetto motivazionale, estremamente importante, che la ricaduta nel disturbo. La soluzione non poteva essere quella di stare a dieta tutta la vita, che alcune pazienti di fatto compivano, ma neanche quella di abbandonarsi allo sconforto del pensare che non ne sarebbero mai uscite.

L'incontro con l'orientamento terapeutico della Dialectical Behavior Therapy applicato ai disturbi alimentari è stato il punto di volta del nostro intervento.

---

## Approccio teorico ai BED: il ruolo della regolazione emotiva

Nonostante un quadro epidemiologico preciso dei DNA nel contesto nazionale non sia ancora un obiettivo raggiunto, il dato certo che si evidenzia nella letteratura recente è che si è verificato in questi ultimi anni un aumento rilevante di tutti i disturbi alimentari ed in particolare della sintomatologia bulimica e di binge eating (Dalla Ragione et al. 2020).

Il disturbo da alimentazione incontrollata è il disturbo più comune tra i disturbi della nutrizione e della alimentazione. L'evidenza di un'importante diffusione della psicopatologia BED ha comportato che con la classificazione del DSM-5 sia stata inserita con una propria voce autonoma come Disturbo da Binge Eating.

In Italia uno studio del 2014 condotto dal Dipartimento di Salute Mentale di Bologna ha evidenziato che tra i pazienti con Disturbo Alimentare (secondo la categorizzazione ancora del DSM IV) il 12,4% aveva una diagnosi di AN, il 27,9% di BN e il 50,7 di Disturbo non altrimenti specificato (Calugi et al. 2014).

Le manifestazioni del disturbo BED sono complesse, dato che si presenta in frequente associazione con altre psicopatologie: molti pazienti soddisfano anche i criteri del disturbo depressivo, del disturbo bipolare, dei disturbi d'ansia, per non parlare della comorbidità con il disturbo di personalità borderline.

Inoltre un altro elemento importante è la sovrapposizione con la condizione di obesità: l'obesità non basta a diagnosticare un Disturbo da Binge Eating, ma il disturbo da Binge Eating è quasi sempre associato ad una condizione di sovrappeso e obesità.

Una bussola teorica che aiuta a comprendere meglio la complessità, la comorbidità e la associazione con condizioni fisiche di sovrappeso e obesità viene proposta da diversi autori nel modello della Regolazione Emotiva come fattore/costrutto transdiagnostico (Sloan et al. 2017).

La psicologa ricercatrice e psicoterapeuta Marsha M. Linehan. è stata una delle prime a considerare la regolazione emotiva uno dei fattori fondamentali per la comprensione della psicopatologia dei disturbi di personalità borderline.

Nel suo lavoro la Regolazione Emotiva viene definita attraverso quattro funzioni centrali (Linehan 1993, trad ital. 2001):

1. inibire reazioni disfunzionali ed impulsive ad emozioni abnormi, sia negative che positive;
2. autoregolare l'attivazione fisiologica dell'organismo associata a determinati stati affettivi;
3. rifocalizzare la propria attenzione sugli elementi ambientali salienti;
4. organizzare e coordinare i propri comportamenti in strategie atte a perseguire i propri fini.

La Dialectical Behavior Therapy è l'approccio psicoterapeutico di tipo cognitivo comportamentale, sviluppato inizialmente dalla Linehan, presso la Washington University di Seattle, per gli individui cronicamente suicidari ai quali è stato diagnosticato un disturbo di personalità. Consiste in una combinazione di psicoterapia individuale, skills training di gruppo, consultazione telefonica 24/7, e un team di consultazione tra terapeuti. Ha avuto varie e strutturate conferme empiriche di efficacia.

Dalla prima edizione del Manuale nel 1993 (Linehan 1993, trad ital. 2015) il campo di intervento si è ampliato anche ad altri disturbi psichici, tra i quali possiamo trovare quelli legati ad uno scorretto controllo delle emozioni (ipo o iper controllo) associati ai rispettivi patterns cognitivi e comportamentali.

La DBT e le abilità connesse si basano su una teoria dialettica e biopsicosociale che enfatizza in modo particolare il ruolo della disregolazione emotiva, la quale è legata a difficoltà nel controllo degli impulsi, nelle relazioni interpersonali e nell'immagine di sé.

Numerosi studi dimostrano che i comportamenti bulimici sono frequentemente correlati a stati emotivi dolorosi, come ansia, depressione e rabbia: gli episodi di binge eating svolgono la funzione di offrire rinforzi negativi o un sollievo temporaneo dalle emozioni dolorose. Su questo approccio teorico si stanno svolgendo diversi studi sperimentali anche con un approccio ecologico, che permette di monitorare le emozioni con il supporto di un device elettronico (Walenda et al. 2021).

Gli ultimi studi sul modello della Regolazione Emotiva nei BED danno un ruolo sempre più importante alla Impulsività, anche indagando le basi neurofisiologiche del disturbo, che sembrano essere vicino a quanto emerge dagli studi sulle dipendenze da sostanze (Brooks et al. 2017).

In questo senso c'è un generale accordo, tra gli autori di ambito cognitivo comportamentale, che le psicoterapie della "Terza Onda" come la DBT possano essere efficaci nell'affrontare questi disturbi (Safer et al. 2010). La caratteristica principale delle terapie della Third Wave è che si pongono in opposizione ai tentativi logico-razionalisti di modificare la gestione delle emozioni attraverso un dialogo socratico, ma promuovono invece l'accettazione e la flessibilità psicologica (Anchisi et al. 2017).

La Mindfulness, una particolare pratica di meditazione adattata a diversi interventi psicologici, fa parte integrante delle abilità che supportano la regolazione emotiva nel modello psicoterapeutico della DBT.

Alcuni ricercatori e psicoterapeuti (Safer, Telch e Chen) già dal 2009 hanno adattato il modello della Dialectical Behavior Therapy alla psicopatologia della Bulimia e del Disturbo da Binge Eating (Safer et al. 2010).

Il modello teorico che propongono è che le abbuffate ed il conseguente comportamento di compenso (solo nei casi di bulimia) siano la modalità disadattiva di regolazione delle emozioni, una modalità che rappresenta l'esito sia di predisposizioni genetiche che di comportamenti appresi. Di fronte cioè ad una attivazione emotiva alcune persone non hanno la capacità di gestirla secondo modalità che permettano di rifocalizzare la propria attenzione agli elementi di contesto e di riorganizzare i propri comportamenti in strategie utili ai propri fini. Hanno invece appreso delle modalità in cui l'alimentazione è associata direttamente alla attivazione emotiva e diventa parte della regolazione della stessa. L'abbuffata è quindi sia una reazione che un tentativo di gestione della attivazione emotiva.

Tale associazione spiega come mai nonostante alcuni effetti positivi delle diete, una persona che soffre di un disturbo da binge eating non riesce poi a mantenere i risultati che ottiene, ma ricade continuamente nel ciclo autoricorsivo di "dieta-perdita di peso-abbuffate-aumento di peso-dieta".

Quindi finché non viene modificato il significato e la funzione di regolazione emotiva del cibo il ciclo non si interrompe, ma l'interruzione non può essere solo l'esito di una comprensione, deve anche essere associata a un riapprendimento di modalità di gestione alternative e più funzionali.

---

## Orientamento DBT adattato al contesto Asl: descrizione del progetto

Il modello DBT di Marsha M. Linehan (1993, 2015) prevede che siano attivati più livelli di trattamento contemporanei: un gruppo di pazienti dedicato all'apprendimento di skills, condotto da due terapeuti formati sul modello, una psicoterapia individuale per ogni partecipante, un supporto 24h/7 giorni per eventuali momenti di emergenza, un team di terapeuti che si riunisce regolarmente per la supervisione

del percorso. Nei contesti dei servizi sanitari pubblici è difficile poter avere la disponibilità di tanti interventi contemporaneamente, in particolare per quanto riguarda il supporto attivo sull'intera giornata.

Abbiamo quindi dovuto adattare il modello alle esigenze del nostro servizio, facendo alcune scelte: abbiamo attivato il gruppo delle skills e il team terapeutico multi-professionale, in un caso abbiamo attivato l'intervento di psicoterapia individuale, anche se non con terapeuti formati secondo il modello DBT.

Il progetto terapeutico che abbiamo quindi individuato prevede una selezione delle persone con diagnosi DAI di una età abbastanza omogenea, attraverso colloqui psicologici e nutrizionali e la somministrazione di una batteria di test. La batteria di test è stata scelta secondo le indicazioni delle linee si indirizzo sui DA e verrà presentata nella sezione della metodologia.

Una volta selezionato il gruppo dei partecipanti ad ognuno di loro individualmente viene presentato il progetto del gruppo di skills ed il modello teorico che dà conto del disturbo da alimentazione incontrollata, secondo il testo del gruppo della Safer et al.(2009).

Quindi ogni gruppo inizia le 20 sedute settimanali, di due ore ognuna, con un terapeuta ed un coterapeuta psicologi. Così come da manuale ogni partecipante si impegna a frequentare il gruppo, senza fare assenze o recuperandole con lo studio del materiale che ogni volta viene assegnato. Per essere chiari sulla regola delle assenze si è definito un limite massimo di tre assenze, al superamento del quale si affronta con il gruppo, caso per caso, l'eventualità di una esclusione. Abbiamo programmato di svolgere due gruppi all'anno. Uno da febbraio a giugno ed uno da settembre a gennaio.

Abbiamo affiancato al percorso sulle abilità un gruppo nutrizionale tenuto dalla dietista, in modo da offrire uno spazio per affrontare una modificazione delle abitudini alimentari ed il controllo del peso. La dietista vede il gruppo con una frequenza quindicinale.

Alla fine del percorso di gruppo delle skills viene somministrata nuovamente la batteria testologica e raccolto il peso.

Abbiamo infine introdotto anche un follow up di valutazione sul mantenimento dei risultati raggiunti dopo il gruppo di skills a sei mesi di distanza dalla fine del gruppo.

---

## Il gruppo di mantenimento (nota 1)

Dopo il primo anno del progetto, con l'effettuazione di due gruppi di skills, le persone che li avevano frequentati hanno cominciato a chiedere di tornare a farlo, perché, nonostante alcuni cambiamenti che avevano messo in atto, sentivano di funzionare meglio con un confronto più continuo con il gruppo.

D'altronde anche lo studio di Telch e collaboratori (2001) aveva evidenziato come vi fosse una diminuzione progressiva dei pazienti che riescono a mantenere un buon approccio alimentare dopo il percorso.

Abbiamo quindi deciso di aggiungere al gruppo delle skills un gruppo di "mantenimento", aperto e continuato per tutto l'anno, al quale quindi i partecipanti dei due gruppi terapeutici possono cominciare a partecipare una volta completato il percorso del gruppo delle skills. Il gruppo di mantenimento, che ha

una durata di circa un'ora e mezzo, è guidato da una psicologa che conosce le abilità della DBT applicata ai DA ed ha cadenza quindicinale.

Lo stile di conduzione è caratterizzato dalla flessibilità e dalla morbidezza necessaria affinché le persone che sentono la necessità di essere supportate, trovino un punto di sostegno, un'occasione fondamentale per rispolverare le competenze già presentate e acquisite nel gruppo di skills, ma anche comprensione e vicinanza da parte dei conduttori e dagli altri membri del gruppo. Il confrontarsi con chi sta vivendo le stesse difficoltà e problematiche, anche in questo contesto, risulta essere un valore aggiunto alla terapia e al mantenimento dei risultati: nel gruppo, infatti, possono affluire tutti i partecipanti dei vari gruppi terapeutici di skills che si susseguono nel tempo e questo permette loro un arricchimento di punti di vista e opinioni, oltre che un incremento degli scambi interpersonali ed interazioni sociali. Di volta in volta il gruppo va a rivedere come nel corso del tempo le abilità sono state acquisite, messe in pratica o se hanno bisogno di essere ripetute insieme per consolidarle come risorsa personale, da poter utilizzare in determinati momenti di più difficile gestione. Tutto ciò dà un forte reminder ai pazienti per mantenere e fortificare i risultati ottenuti nel gruppo principale di terapia. Altro punto di forza è sicuramente il fattore della flessibilità nella regola della presenza: a differenza del gruppo delle skills infatti nel gruppo di mantenimento vi è la possibilità di partecipare in modo saltuario; questa flessibilità è funzionale all'obiettivo di dare alle persone la capacità e la consapevolezza di osservare se stessi, automonitorarsi durante la vita quotidiana e poter sfruttare la possibilità di partecipare nel momento in cui riconoscono di sentirne maggiormente la necessità. La possibilità di riprendere a partecipare agli incontri del gruppo di mantenimento, può essere anche consigliata dai terapeuti durante i follow up individuali, in cui quest'ultimi possono valutare il bisogno di un supporto e motivare i pazienti a rimettersi in discussione, confrontarsi e mettere di nuovo in pratica le abilità apprese. Il gruppo, e il buon clima terapeutico, nel momento del confronto rispetto a momenti difficili e a situazioni particolari, ha visto i partecipanti interagire al meglio tra loro, supportarsi, aiutarsi e suggerire tecniche efficaci acquisite nel gruppo terapeutico, dando anche ai terapeuti esempi e nuovi punti di vista da poter utilizzare di volta in volta con gli altri partecipanti sia del gruppo principale che in quello di mantenimento. Di notevole importanza il confronto con i pazienti a diversi momenti di distanza dalla conclusione del gruppo, in quanto ogni partecipante ha portato il suo contributo donando agli altri, terapeuti compresi, esperienze, esempi, punti di vista e quindi un vasto arricchimento generale che porta al miglioramento continuo. Grazie alla formazione, allo studio e alla messa in pratica del metodo della Dialettical Behavior Therapy (DBT) si combina quell'equilibrio unico tra l'accettazione di sé e la capacità di cambiamento e si lavora per permettere ai nostri pazienti "di vivere una vita degna di essere vissuta" (Linehan 2021)

---

## Lo studio: ipotesi di ricerca e metodologia

Data la letteratura precedentemente esposta, il presente studio si propone di analizzare l'efficacia del trattamento DBT somministrato in gruppo in pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata (BED), attraverso l'analisi delle variabili di Regolazione Emotiva, Intelligenza Emotiva e della presenza della sintomatologia relativa al disturbo alimentare. Più nello specifico ipotizziamo che:

1. Risultati nel campione clinico una differenza statisticamente significativa tra il pre e post-trattamento sulla presenza della sintomatologia relativa al disturbo alimentare e un

miglioramento nelle abilità di regolazione emotiva ed intelligenza emotiva, ci aspettiamo inoltre una riduzione della sintomatologia generale legata a stati ansiosi e depressivi.

2. Possa esistere una correlazione significativa tra le variabili di regolazione emotiva ed intelligenza emotiva e la sintomatologia legata al disturbo alimentare, in quanto, in linea con la letteratura, le scarse competenze di riconoscimento e regolazione delle emozioni e il basso senso di autoefficacia delle competenze emotive sarebbero dei fattori strettamente connessi con l'utilizzo del cibo e delle abbuffate come metodo di regolazione emotiva. Ci aspettiamo inoltre una correlazione significativa tra le variabili di regolazione emotiva e la sintomatologia generale, in particolare degli stati ansiosi e depressivi.

---

## Campione

Lo studio ha coinvolto 27 partecipanti, i quali sono stati selezionati all'interno del servizio di Centro Disturbi Alimentari sulla base dei criteri di presenza della diagnosi di alimentazione incontrollata e sulla volontà di aderire ad un percorso di trattamento in gruppo. Sono stati esclusi pazienti che avessero comorbilità con diagnosi psichiatriche in fase acuta che avrebbero impedito la partecipazione al percorso. Il campione è composto per il 92,6% da uomini, per quanto riguarda l'età invece la media è di 48,70 anni con una deviazione standard di 9,26, con un minimo di 34 anni e un massimo di 67 anni.

---

## Strumenti

I soggetti hanno compilato un fascicolo composto da 6 test differenti (nota 2): il *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), l'*Emotional Intelligence Scale* (EIS), il *Binge Eating Scale* (BES), l'*Eating Disorder Inventory* (EDI 3), il *Body Uneasiness Test* (BUT), per quanto riguarda la sintomatologia generale solo per il primo gruppo è stato utilizzato il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI 2). Per i gruppi successivi gruppi, per la lunghezza e per l'ipotesi di ricerca, la quale richiedeva un questionario che rilevasse la sintomatologia presente, è stato sostituito dal *Symptom Checklist-90* (SCL-90) già all'interno del primo gruppo. I dati mancanti per tale motivazione, così come i dati mancanti nel confronto post trattamento in caso di drop out, sono stati sostituiti con la media della variabile stessa.

---

## Procedura

I soggetti hanno compilato in presenza di una terapeuta il fascicolo di test prima del trattamento e dopo il trattamento, successivamente ad un breve colloquio; infine a distanza di 6 mesi i partecipanti hanno compilato un fascicolo di 3 test: il *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), il *Binge Eating Scale* (BES), *Symptom Checklist-90* (SCL-90), oltre ad un breve colloquio di follow up. I colloqui che hanno permesso una raccolta di dati qualitativi, hanno avuto lo scopo di analizzare la motivazione ed individuare eventuali criteri di esclusione al momento del pre trattamento, di raccogliere le impressioni e verificare i progressi ottenuti nel post trattamento ed infine di verificare la permanenza degli stessi a

distanza di 6 mesi nel follow up. Tutti i partecipanti hanno avuto la possibilità di partecipare al percorso di gruppo della DBT applicata al Binge Eating, il trattamento ha seguito le fasi e le modalità indicate dal manuale (Safer Telch Chen 2009); dei 27 partecipanti 18 hanno completato il percorso, 6 lo hanno interrotto dopo alcuni incontri, 1 si è ritirato prima dell'inizio, 1 non ha potuto proseguire il percorso perché aveva superato il numero di assenze consentite dal trattamento, infine 1 ha iniziato un percorso individuale, necessario per poter essere nella condizione di poter beneficiare e ricevere il trattamento di gruppo. I soggetti hanno partecipato al trattamento suddivisi in 5 gruppi che si sono succeduti a cadenza semestrale dal 2019 al 2022, la media di partecipanti per gruppo è stata di 5,4. Segnaliamo inoltre che due gruppi hanno subito una modifica nella somministrazione del trattamento per via delle restrizioni dovute alla pandemia Covid-19, motivo per cui parte del trattamento è stato online. Ipotizziamo che questo possa aver influito sul trattamento e sul suo esito, oltre che aver influenzato i possibili drop out.

---

## Analisi dei dati

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando il programma SPSS Statistical Package for Social Science, dopo aver effettuato lo scoring di ogni batteria di test, i dati sono stati caricati su un dataset all'interno del programma, sono state calcolate prima di tutto media, deviazione standard, minimo, massimo, intervallo; a titolo esplicativo sono stati inoltre prodotti dei boxplot per poter evidenziare visivamente la distribuzione dei dati. Successivamente sono state effettuate le seguenti analisi:

1. Per indagare le differenze tra il pre-trattamento, il post trattamento ed il follow up sui costrutti di indagine è stato effettuato un T-Test a campioni appaiati per evidenziare differenze significative tra prima e dopo aver partecipato al percorso, escludendo così un miglioramento casuale.
  2. Per analizzare invece il rapporto tra costrutti è stata svolta una correlazione bivariata tra le componenti di Regolazione Emotiva, il costrutto di Intelligenza Emotiva, la sintomatologia legata al disturbo alimentare e la sintomatologia generale.
- 

## Risultati

Di seguito sono riportate le statistiche descrittive (media, deviazione standard, minimo, massimo, intervallo) relative al campione pre trattamento (Tab.1), post trattamento (Tab. 2) e follow up (Tab. 3). Per maggiore chiarezza sono stati realizzati anche dei boxplot, i quali evidenziano in forma grafica la distribuzione dei dati; possiamo osservare come quest'ultimi per le scale di misurazione DERS (Fig.1), SCL-90 (Fig.2), BUT (Fig. 3), EDI-3 (Fig. 4), BES (Fig. 5), EIS (Fig. 6), si distribuiscano in modo differente tra pre-test e post- test, dai grafici infatti si evince che tutte le scale riportano un abbassamento degli indici di punteggio totale di gravità psicopatologica o di disregolazione emotiva e delle loro medie nel campione, tale riduzione si mantiene anche al follow up seppur con un leggero aumento, come ipotizzato in base alla letteratura, solamente nella scala EIS. Osserviamo un aumento poiché auspicavamo che la variabile dell'intelligenza emotiva aumentasse con il trattamento.

**Tabella 1.** Statistiche descrittive del campione (n:27) pre-trattamento.

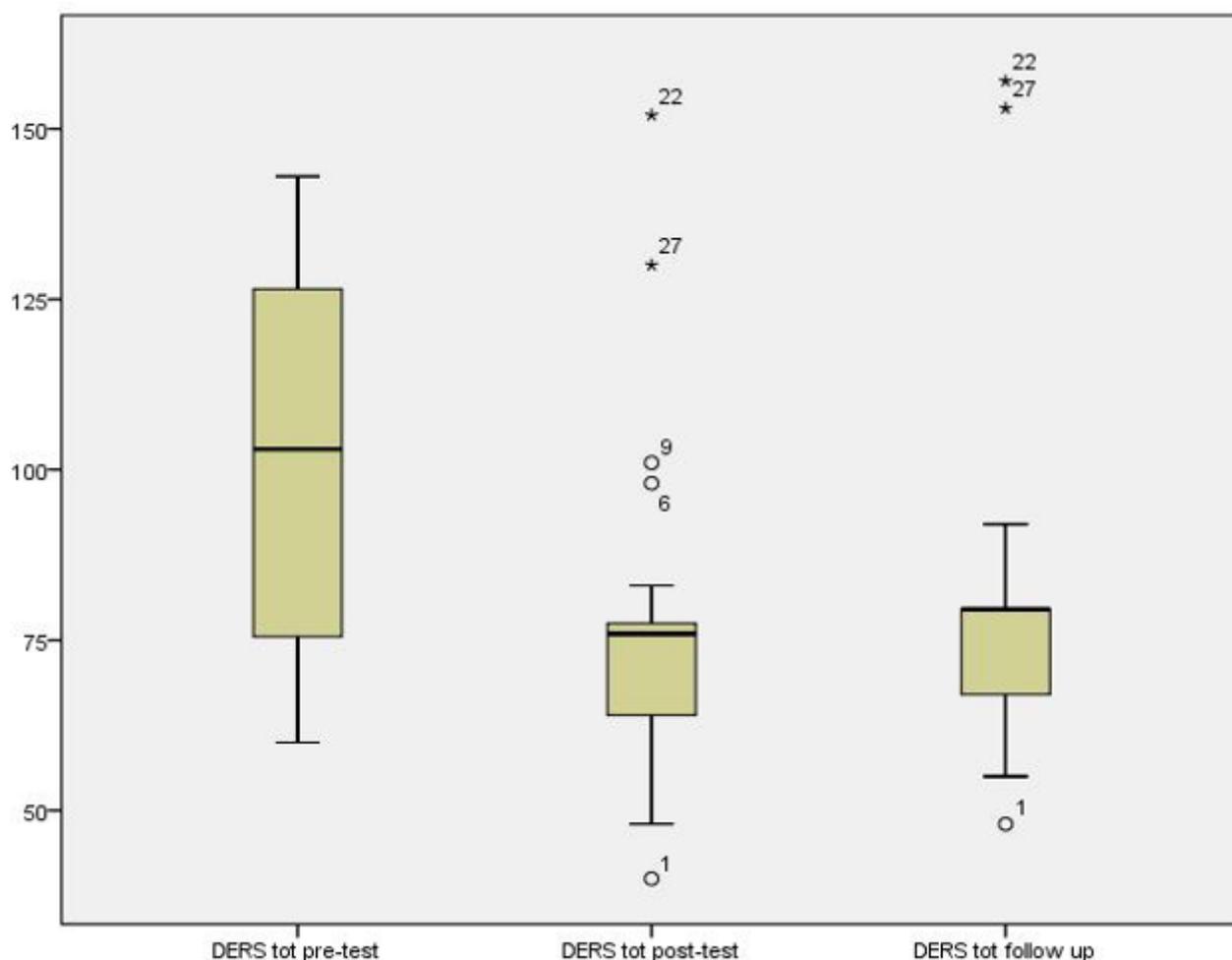
Dimensioni	M	DS	Min	Max	Intervallo
DERS_PRE_NA	17,22	7,007	7	29	22
DERS_PRE_DD	15,56	5,584	5	25	20
DERS_PRE_MF	20,11	6,974	10	33	23
DERS_PRE_MC	18,81	28,401	6	158	152
DERS_PRE_DR	15,52	6,072	5	30	25
DERS_PRE_RA	9,93	3,137	6	18	12
DERS_PRE_TOT	100,93	25,647	60	143	83
SCL90_PRE_SOM	1,5242	,84540	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_OC	1,7583	,68608	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_INT	1,4863	,74510	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_DEP	1,7917	,83109	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_ANX	1,3292	,76985	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_HOS	,9375	,65505	,00	2,00	2,00
SCL90_PRE_PHOB	,5417	,73271	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_PAR	1,6737	,85787	,00	3,00	3,00
SCL90_PRE_PSY	,8042	,66707	,00	2,00	2,00
SCL90_PRE_SLEEP	1,5417	,99920	,00	4,00	4,00
SCL90_PRE_GSI	1,2800	,59475	,00	3,00	3,00
BES_PRE	24,81	7,545	14	41	27
BUT_PRE_WP	3,102	1,2004	,9	5,0	4,1
BUT_PRE_BIC	3,440	1,1280	1,6	5,0	3,5
BUT_PRE_AVO	2,566	2,4621	,0	13,0	13,0
BUT_PRE_CSM	1,437	1,0274	,0	4,0	4,0
BUT_PRE_DEP	2,215	1,2913	,0	5,0	5,0
BUT_PRE_GSI	2,181	1,0228	,0	4,0	4,0
BUT_PRE_PST	19,160	7,2995	3,0	37,0	34,0
BUT_PRE_PSDI	3,153	,6594	2,0	4,2	2,2
EDI3_PRE_DT	75,444	12,9268	45,0	99,0	54,0
EDI3_PRE_B	82,630	9,8103	69,0	96,0	27,0
EDI3_PRE_BD	80,370	14,4173	52,0	99,0	47,0
EDI3_PRE_EDRC	87,444	9,6808	66,0	99,0	33,0
EDI3_PRE_LSE	67,111	24,9435	,0	97,0	97,0
EDI3_PRE_PA	64,519	24,9836	15,0	99,0	84,0
EDI3_PRE_II	52,778	30,5190	,0	94,0	94,0
EDI3_PRE_IA	53,148	28,5451	3,0	97,0	94,0
EDI3_PRE_ID	70,000	22,5389	22,0	99,0	77,0
EDI3_PRE_ED	55,815	26,7783	,0	97,0	97,0
EDI3_PRE_P	57,037	33,3933	6,0	99,0	93,0
EDI3_PRE_A	69,556	22,0791	8,0	98,0	90,0
EDI3_PRE_MF	44,370	32,9780	,0	99,0	99,0
EDI3_PRE_IC	67,037	22,2096	9,0	98,0	89,0
EDI3_PRE_IPC	54,370	29,9116	2,0	98,0	96,0
EDI3_PRE_APC	66,481	24,1045	11,0	99,0	88,0
EDI3_PRE_OC	65,852	26,8639	7,0	99,0	92,0
EDI3_PRE_GPMC	65,741	23,5463	3,0	99,0	96,0
EIS_PRE	113,81	16,385	75	157	82

**Tabella 2.** Statistiche descrittive del campione (n:27) post-trattamento.

Dimensioni	M	DS	Min	Max	Intervallo
DERS_POST_NA	12,61	4,584	7	30	23
DERS_POST_DD	11,72	4,008	5	25	20
DERS_POST_MF	14,78	6,162	6	35	29
DERS_POST_MC	11,22	5,043	6	26	20
DERS_POST_DR	13,72	4,505	6	26	20
DERS_POST_RA	7,56	2,777	3	16	13
DERS_POST_TOT	75,94	23,354	40	152	112
SCL90_POST_SOM	,94	,758	0	3	3
SCL90_POST_OC	1,00	,679	0	3	3
SCL90_POST_INT	,83	,635	0	2	2
SCL90_POST_DEP	1,00	,734	0	3	3
SCL90_POST_ANX	,78	,654	0	3	3
SCL90_POST_HOS	,39	,406	0	1	1
SCL90_POST_PHOB	,22	,443	0	2	2
SCL90_POST_PAR	,78	,762	0	3	3
SCL90_POST_PSY	,39	,564	0	2	2
SCL90_POST_SLEEP	1,22	1,094	0	4	4
SCL90_POST_GSI	,83	,635	0	3	3
BES_POST	9,72	8,521	0	40	40
BUT_POST_WP	2,324	1,0195	,0	5,0	5,0
BUT_POST_BIC	2,352	1,0389	,4	4,0	3,6
BUT_POST_AVO	1,336	,8210	,0	3,0	3,0
BUT_POST_CSM	1,167	,4844	,0	2,0	2,0
BUT_POST_DEP	1,200	,8540	,0	4,0	4,0
BUT_POST_GSI	1,717	,8304	,3	4,0	3,7
BUT_POST_PST	21,389	9,7946	,0	38,0	38,0
BUT_POST_PSDI	2,004	,6369	,0	3,0	3,0
EDI3_POST_DT	58,333	14,8893	14,0	81,0	67,0
EDI3_POST_B	50,056	23,2056	,0	95,0	95,0
EDI3_POST_BD	58,778	19,0718	14,0	98,0	84,0
EDI3_POST_EDRC	62,444	19,0429	17,0	99,0	82,0
EDI3_POST_LSE	45,944	19,6047	,0	97,0	97,0
EDI3_POST_PA	42,667	20,9523	,0	97,0	97,0
EDI3_POST_II	37,222	21,0887	,0	90,0	90,0
EDI3_POST_IA	46,611	20,7719	,0	98,0	98,0
EDI3_POST_ID	40,278	25,5008	,0	96,0	96,0
EDI3_POST_ED	34,778	20,4480	,0	96,0	96,0
EDI3_POST_P	47,500	26,7485	,0	93,0	93,0
EDI3_POST_A	51,944	19,2763	,0	87,0	87,0
EDI3_POST_MF	37,333	21,5995	3,0	95,0	92,0
EDI3_POST_IC	45,222	18,4236	13,0	97,0	84,0
EDI3_POST_IPC	42,333	19,6508	,0	96,0	96,0
EDI3_POST_APC	38,722	23,2028	1,0	96,0	95,0
EDI3_POST_OC	51,111	22,2985	7,0	86,0	79,0
EDI3_POST_GPMC	44,167	20,8608	2,0	94,0	92,0
EIS_POST	124,65	13,593	78	148	70

**Tabella 3.** Statistiche descrittive del campione (n:27) follow-up.

Dimensioni	M	DS	Min	Max	Intervallo
DERS_FUP_NA	11,88	5,434	6	30	24
DERS_FUP_DD	11,65	4,224	5	25	20
DERS_FUP_MF)	16,65	6,089	9	38	29
DERS_FUP_MC	12,41	5,534	5	30	25
DERS_FUP_DR	11,76	4,477	5	25	20
DERS_FUP_RA	7,65	2,111	3	13	10
DERS_FUP_TOT	79,53	24,032	48	157	109
SCL90_FUP_SOM	1,072	0,655	0	3	3
SCL90_FUP_OC	1,237	0,640	0	3	3
SCL90_FUP_INT	0,88	0,661	0	3	3
SCL90_FUP_DEP	1,47	,965	0	4	4
SCL90_FUP_ANX	1,00	,784	0	3	3
SCL90_FUP_HOS	,59	,559	0	2	2
SCL90_FUP_PHOB	,35	,617	0	3	3
SCL90_FUP_PAR	,94	,517	0	2	2
SCL90_FUP_PSY	,53	,563	0	2	2
SCL90_FUP_SLEEP	1,41	,963	0	4	4
SCL90_FUP_GSI	,94	,649	0	3	3
BES_FUP	14,00	10,720	0	45	45

**Figura 1: Box-plot DERS**

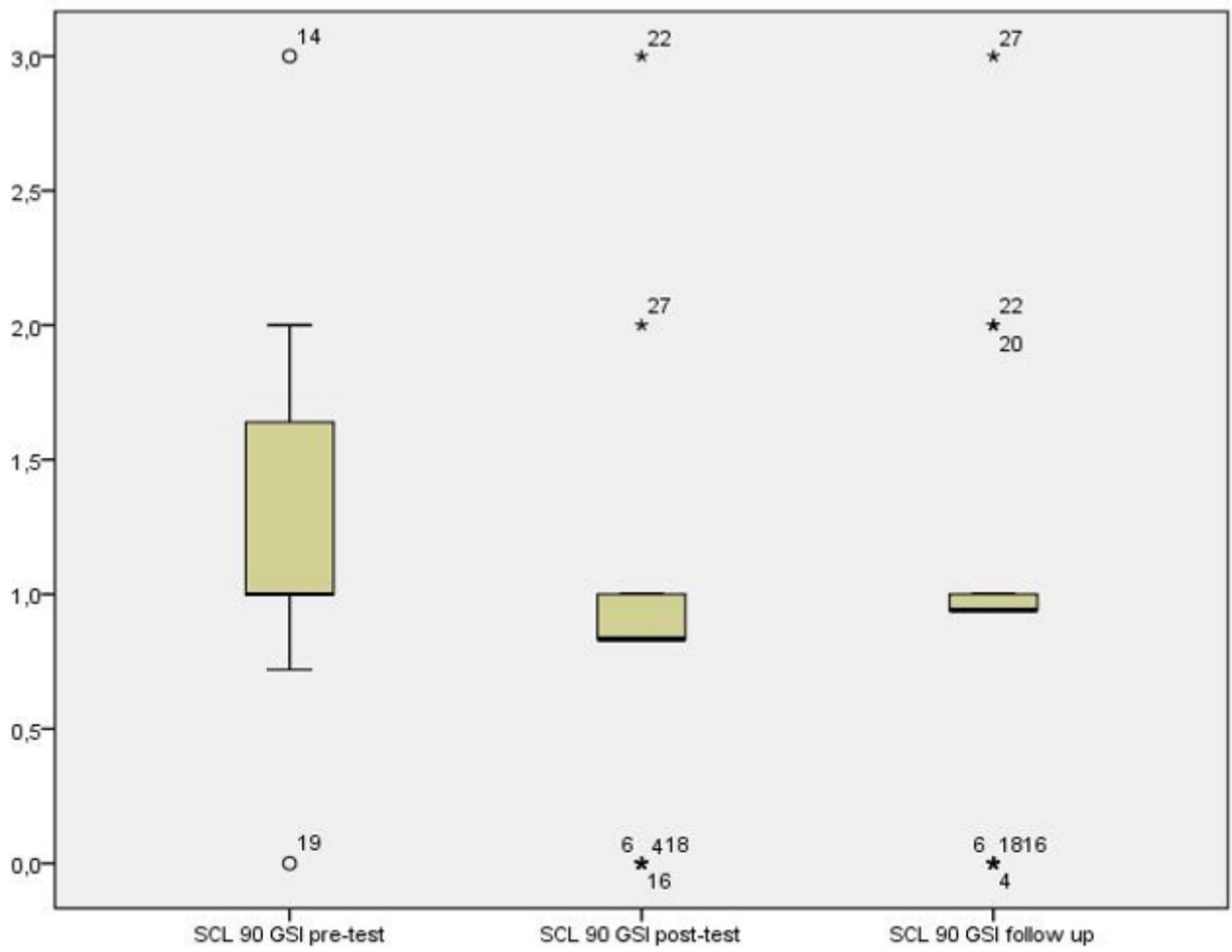


Figura 2: Box-plot SCL-90

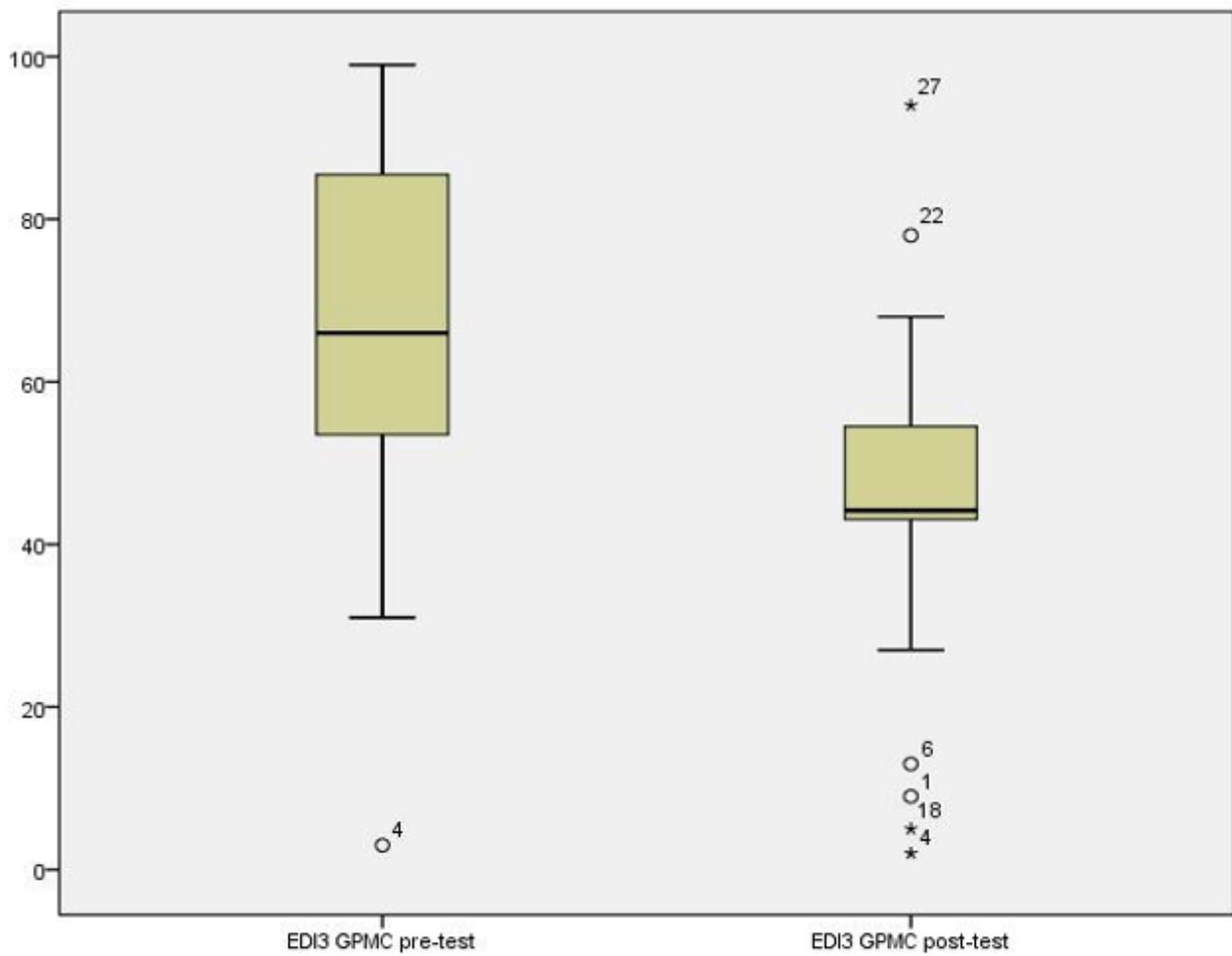


Figura 3: Box-plot EDI-3

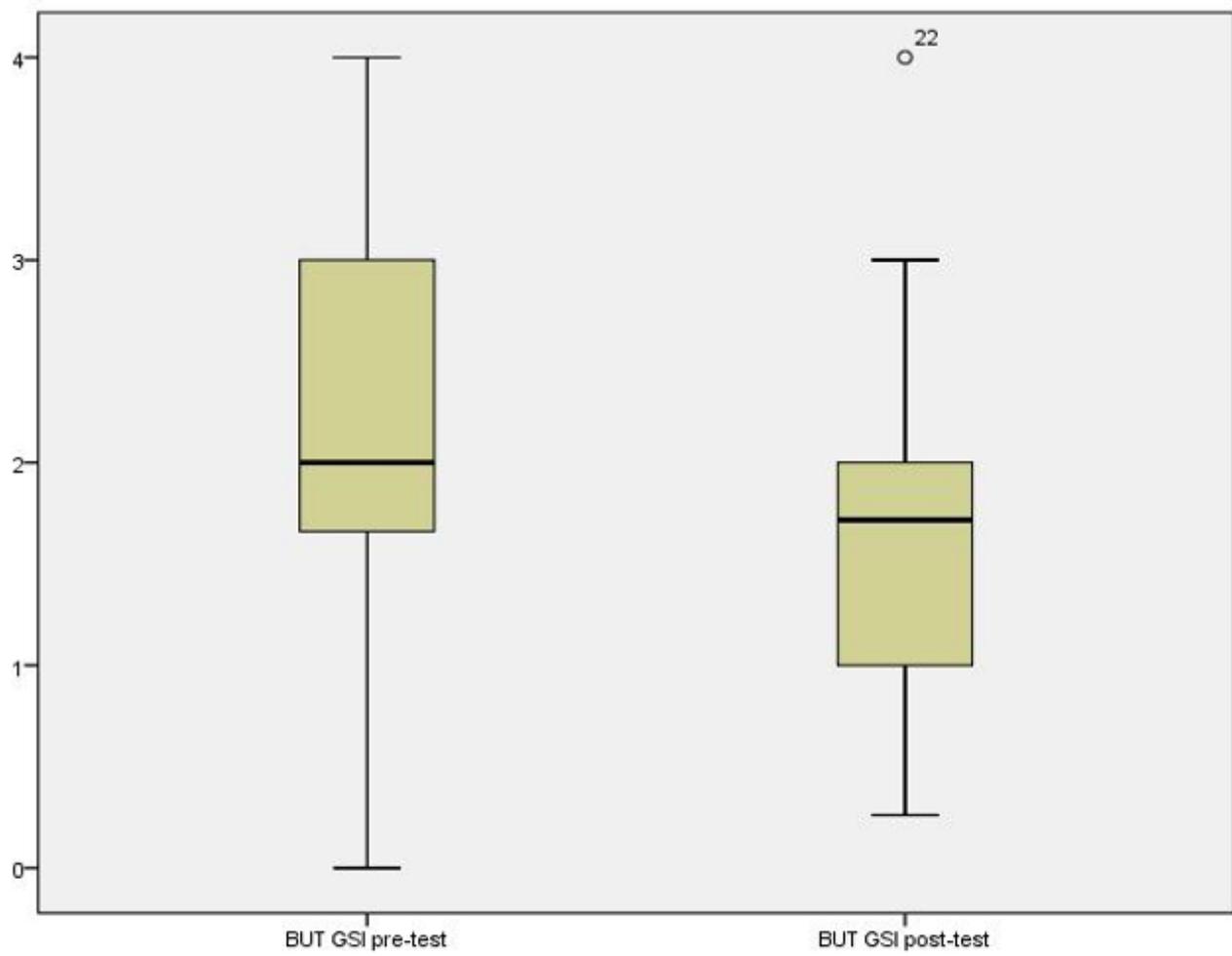


Figura 4: Box-plot BUT

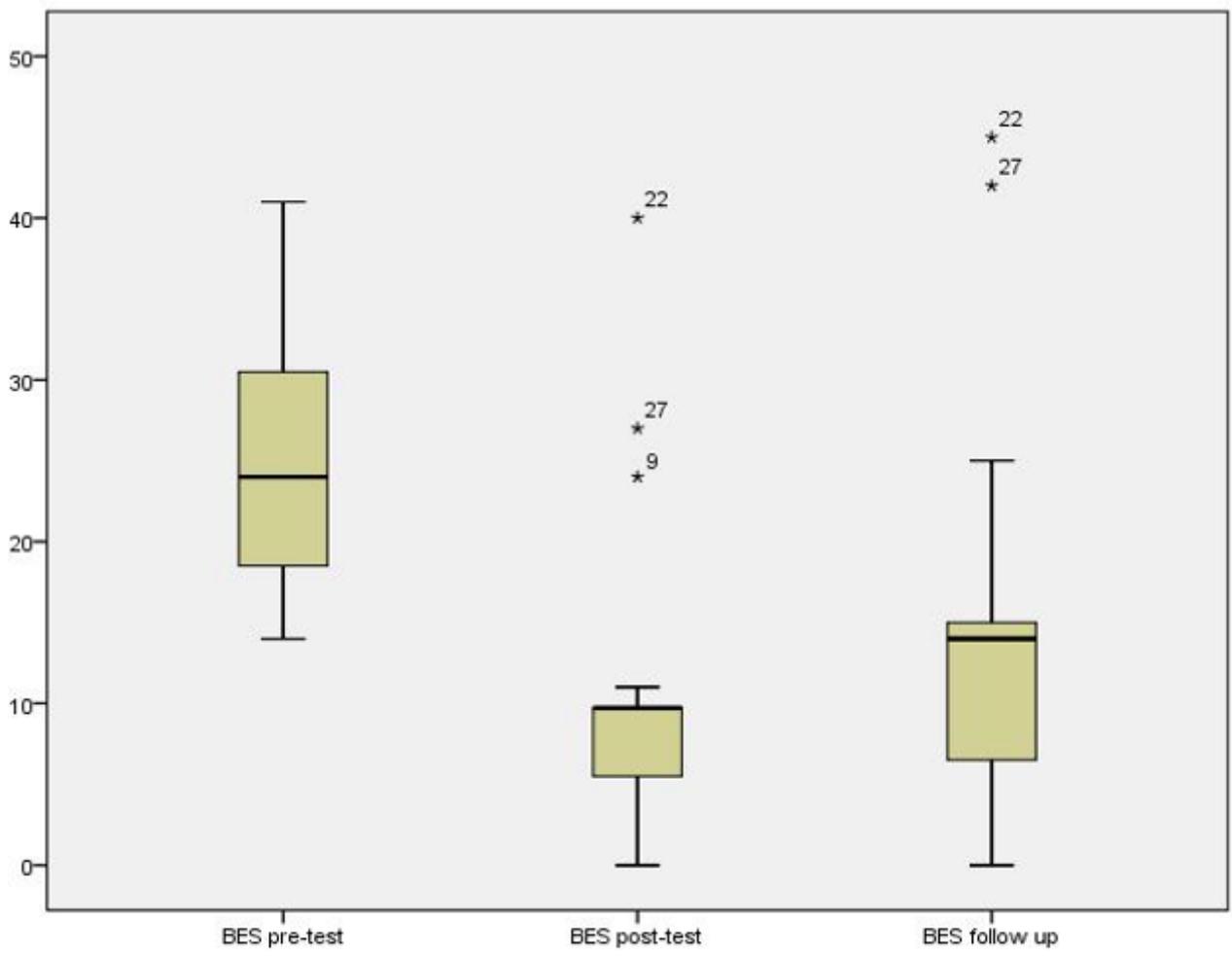
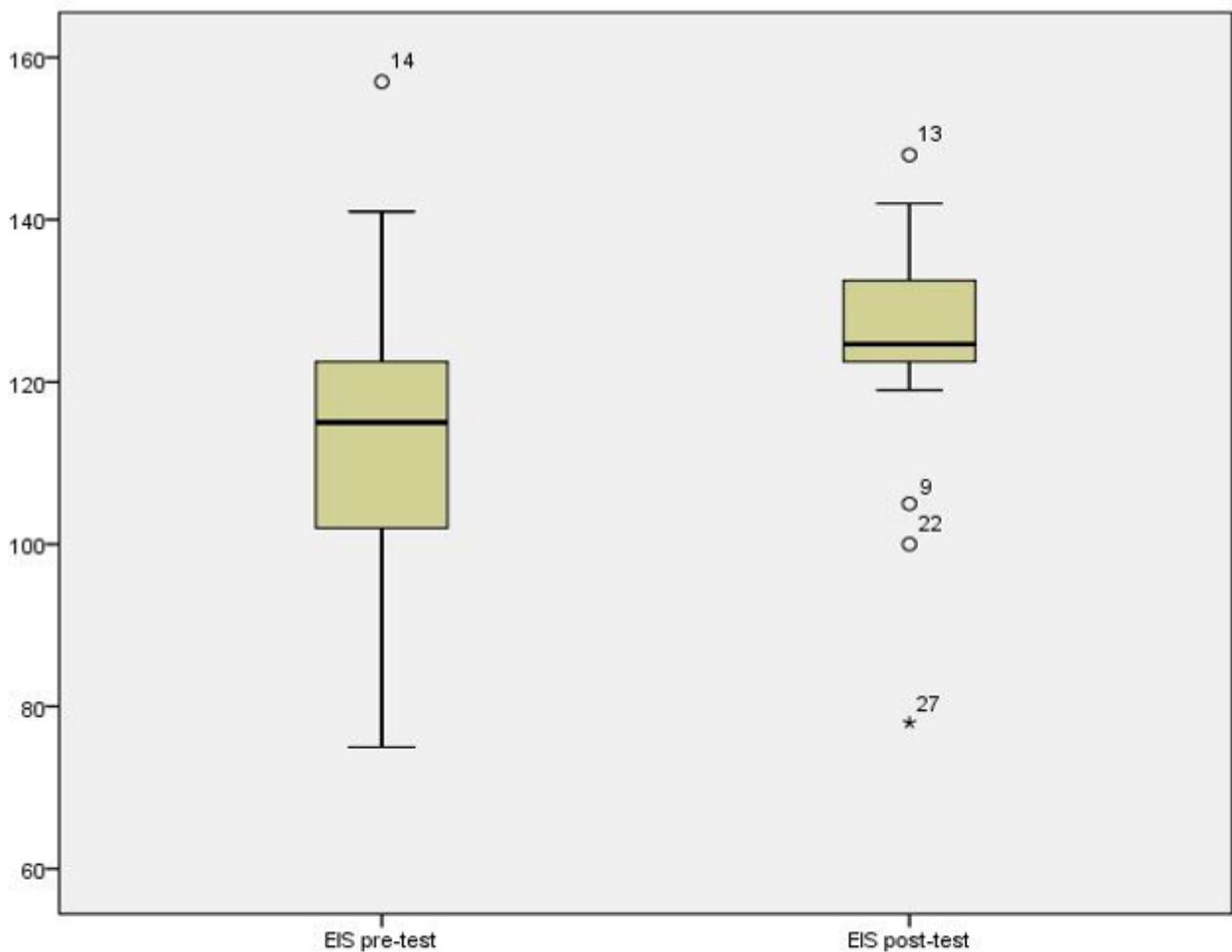


Figura 5: Box-plot BES



**Figura 6: Box-plot EIS**

Per dimostrare che tale differenza nelle scale di misurazione tra pre-test, post test e follow up non fosse casuale, abbiamo effettuato, come esposto in precedenza, un Test T a campioni appaiati. Possiamo quindi osservare nella Tabella 4 come il Test T mostri un cambiamento statisticamente significativo con  $p < 0,05$ , tra pre-test e post-test per il punteggio globale del DERS e più specificatamente per le scale di Mancanza di accettazione dell'emozione, nella Difficoltà a distrarsi dall'emozione, nella Mancanza di fiducia nella regolazione delle emozioni e nella Ridotta autoconsapevolezza emotiva. Risulta quindi un dato interessante su cui riflettere il fatto che le Difficoltà di riconoscimento delle emozioni (DR) e le Difficoltà nel controllo dei comportamenti di risposta (MC) sembrerebbero non essere state influenzate dal trattamento non mostrando una differenza significativa tra pre e post trattamento.

**Tabella 4:** T test campioni accoppiati DERS pre-test e post-test.

Differenze accoppiate pre-test e post-test						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
DERS NA	4,611	6,371	1,226	2,091	7,131	3,761	26	,001
DERS_DD	3,833	5,082	,978	1,823	5,844	3,919	26	,002
DERS MF	5,333	5,706	1,098	3,076	7,590	4,857	26	,007
DERS MC	7,593	28,255	5,438	-3,585	18,770	1,396	26	,263
DERS DR	1,796	5,814	1,119	-,504	4,096	1,605	26	,013
DERS_RA	2,370	3,792	,730	,870	3,870	3,248	26	,002
DERS TOT	24,981	25,183	4,847	15,019	34,944	5,155	26	,000

Tali risultati sembrano mantenersi anche al follow up, con le medesime dimensioni significative come evidenziato dalla tabella 5.

Per quello che riguarda la sintomatologia psicopatologica generale le differenze nei risultati del questionario SCL-90 tra pre-test e post-test risultano statisticamente significative, ad esclusione della dimensione relativa ai Disturbi del sonno (SLEEP) come evidenziato dalla tabella 6, permettendoci di ipotizzare che il trattamento abbia comportato un miglioramento significativo sulla sintomatologia generale. Tali risultati sono confermati anche al follow up, con l'aggiunta della scala dell'Ansia fobica (PHOB) che non presenta una differenza significativa al follow up (Tab.7).

**Tabella 5:** Test t campioni accoppiati DERS pre test-follow up.

Differenze accoppiate pre-test e follow up						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
DERS NA	5,340	7,100	1,366	2,531	8,149	3,908	26	,001
DERS DD	3,908	5,904	1,136	1,573	6,244	3,440	26	,002
DERS MF	3,464	6,090	1,172	1,055	5,873	2,956	26	,007
DERS MC	6,403	29,108	5,602	-5,112	17,918	1,143	26	,263
DERS DR	3,754	7,350	1,415	,846	6,661	2,654	26	,013
DERS RA	2,279	3,489	,672	,899	3,659	3,394	26	,002
DERS TOT	21,397	27,000	5,196	10,716	32,077	4,118	26	,000

**Tabella 6: Test t campioni accoppiati SCL-90 pre-test e post-test**

Differenze accoppiate pre-test e post-test						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
SCL90_SOM	,57972	,83436	,16057	,24966	,90978	3,610	26	,001
SCL90_OC	,75833	,78826	,15170	,44651	1,07016	4,999	26	,000
SCL90_INT	,65292	,78945	,15193	,34062	,96521	4,298	26	,000
SCL90_DEP	,79167	,90139	,17347	,43509	1,14824	4,564	26	,000
SCL90_ANX	,55139	,87976	,16931	,20337	,89941	3,257	26	,003
SCL90_HOS	,54861	,58914	,11338	,31555	,78167	4,839	26	,000
SCL90_PHOB	,31944	,76830	,14786	,01552	,62337	2,160	26	,040
SCL90_PAR	,89597	,88827	,17095	,54458	1,24736	5,241	26	,000
SSCL90_PSY	,41528	,59777	,11504	,17881	,65175	3,610	26	,001
SCL90_SLEEP	,31944	1,16460	,22413	-,14126	,78015	1,425	26	,166
SCL90_GSI	,44667	,74430	,14324	,15223	,74110	3,118	26	,004

**Tabella 7: Test t campioni accoppiati SCL-90 pre-test e follow up**

Differenze accoppiate pre-test e follow up						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
SCL90_SOM	,40652	,80983	,15585	,08616	,72688	2,608	26	,015
SCL90_OC	,64069	,74348	,14308	,34658	,93480	4,478	26	,000
SCL90_INT	,66272	,76764	,14773	,35905	,96639	4,486	26	,000
SCL90_DEP	,32108	,92747	,17849	-,04582	,68797	1,799	26	,084
SCL90_ANX	,32917	,85899	,16531	-,01064	,66897	1,991	26	,057
SCL90_HOS	,34926	,79880	,15373	,03327	,66526	2,272	26	,032
SCL90_PHOB	,18873	,79988	,15394	-,12769	,50515	1,226	26	,231
SCL90_PAR	,73257	,88679	,17066	,38177	1,08338	4,293	26	,000
SSCL90_PSY	,27475	,63014	,12127	,02548	,52403	2,266	26	,032
SCL90_SLEEP	,12990	1,19241	,22948	-,34180	,60161	,566	26	,576
SCL90_GSI	,33882	,73495	,14144	,04809	,62956	2,396	26	,024

Per la scala di misura del disturbo da alimentazione incontrollata BES, si evidenziano differenze significative sia tra pre-test e post-test, che tra pre-test e follow up (Tab. 8), in linea quindi con l'ipotesi che il trattamento permetta una riduzione della sintomatologia legata al disturbo da alimentazione incontrollata Binge Eating.

**Tabella 8: Test t a campioni accoppiati BES pre-test e post test, pre-test e follow up.**

Differenze accoppiate pre-test e post-test						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
BES PRE POST	15,093	8,209	1,580	11,845	18,340	9,553	26	,000
BES PRE FUP	10,815	10,909	2,099	6,499	15,130	5,151	26	,000

Per la sintomatologia legata al disturbo alimentare per il questionario BUT si evidenziano differenze significative tra pre-test e post-test, fatta eccezione per la dimensione degli agiti compulsivi e il totale delle parti del corpo indicate come non gradite (Tab. 9). Anche per il questionario EDI-3, le differenze sono statisticamente significative fatta eccezione per le scale di alienazione interpersonale (IA), perfezionismo (P), paura delle maturità (MF) (Tab. 10), questo può farci ipotizzare che il trattamento non sia sufficiente per influenzare questo tipo di variabile intrapsichiche.

**Tabella 9: Test t a campioni accoppiati BUT pre-test e post-test.**

Differenze accoppiate pre-test e post-test						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
BUT WP	,7786	1,0876	,2093	,3484	1,2089	3,720	26	,001
BUT BIC	1,0885	1,0856	,2089	,6591	1,5179	5,210	26	,000
BUT AVO	1,2300	2,3604	,4543	,2962	2,1637	2,708	26	,012
BUT CSM	,2704	1,0565	,2033	-,1476	,6883	1,330	26	,195
BUT DEP	1,0148	1,2477	,2401	,5213	1,5084	4,226	26	,000
BUT GSI	,4639	1,1745	,2260	-,0007	,9285	2,052	26	,050
BUT PST	-2,2289	9,1216	1,7555	-5,8373	1,3795	-1,270	26	,215
BUT PSDI	1,1484	,7647	,1472	,8459	1,4508	7,804	26	,000

**Tabella 10: Test t a campioni accoppiati EDI-.3 pre-test e post-test.**

Differenze accoppiate pre-test e post-test						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
EDI3 DT	17,1111	14,7830	2,8450	11,2631	22,9591	6,014	26	,000
EDI3 B	32,5741	19,8060	3,8117	24,7391	40,4091	8,546	26	,000
EDI3 BD	34,4259	25,6447	4,9353	24,2812	44,5706	6,975	26	,000
EDI3 LSE								
EDI3 EDRC	25,0000	22,5347	4,3368	16,0856	33,9144	5,765	26	,000
EDI3 LSE	21,1667	28,4698	5,4790	9,9044	32,4290	3,863	26	,001
EDI3 PA	21,8519	22,8558	4,3986	12,8104	30,8933	4,968	26	,000
EDI3 II	15,5556	29,7514	5,7257	3,7863	27,3248	2,717	26	,012
EDI3 IA	6,5370	27,3527	5,2640	-4,2833	17,3574	1,242	26	,225
EDI3 ID	29,7222	24,2317	4,6634	20,1365	39,3080	6,374	26	,000
EDI3 ED	21,0370	25,5359	4,9144	10,9354	31,1387	4,281	26	,000
EDI3 P	9,5370	29,5989	5,6963	-2,1719	21,2460	1,674	26	,106
EDI3 A	17,6111	23,9445	4,6081	8,1390	27,0832	3,822	26	,001
EDI3 MF	7,0370	29,5637	5,6895	-4,6580	18,7320	1,237	26	,227
EDI3 IC	21,8148	24,8650	4,7853	11,9786	31,6511	4,559	26	,000
EDI3 IPC	12,0370	27,0723	5,2101	1,3276	22,7465	2,310	26	,029
EDI3 APC	27,7593	22,3259	4,2966	18,9274	36,5911	6,461	26	,000
EDI3 OC	14,7407	26,8265	5,1628	4,1285	25,3529	2,855	26	,008
EDI3 GPMC	21,5741	23,9543	4,6100	12,0981	31,0501	4,680	26	,000

Infine per la variabile dell'intelligenza emotiva EIS le differenze pre-test e post-test (ovvero l'incremento di tali abilità) risultano statisticamente significative come evidenziato nella tabella 11.

**Tabella 11: Test t a campioni accoppiati EIS pre-test e post-test.**

Differenze accoppiate pre-test e post-test						t	gl	Sign. (a due code)
Dimensione	Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
				Inferiore	Superiore			
EIS	-10,832	14,835	2,855	-16,701	-4,964	-3,794	26	,001

Per quanto riguarda la seconda ipotesi di ricerca ovvero che si possa evidenziare una correlazione tra la variabile di regolazione emotiva e la sintomatologia alimentare del disturbo da alimentazione incontrollata, è stata effettuata una correlazione bivariata, tra i punteggi totali post trattamento del DERS e del BES (Tab.12), i quali correlano significativamente; è stata inoltre effettuata una correlazione bivariata tra i punteggi totali del DERS e del SCL-90 (Tab.13), mostrando una correlazione significativa anche tra queste due dimensioni. Tali correlazioni ci permettono di ipotizzare un legame tra le tre dimensioni, influenzato dal trattamento, per poter però dimostrare se la regolazione emotiva influenza a cascata le altre dimensioni dovremmo effettuare una regressione lineare, con i dati a disposizione ci limitiamo ad osservare il collegamento tra tali variabili.

**Tabella 12:** Correlazione bivariata tra DERS e BES post-trattamento.

		DERS POST TOT	BES POST
DERS_POST_TOT	Correlazione di Pearson	1	,915**
	Sign. (a due code)		,000
	N	27	27
BES_POS	Correlazione di Pearson	,915**	1
	Sign. (a due code)	,000	
	N	27	27

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

**Tabella 13:** Correlazione bivariata tra DERS e SCL-90 post-trattamento.

		DERS_POST_TOT	SCL90_POST_GSI
DERS_POST_TOT	Correlazione di Pearson	1	,725**
	Sign. (a due code)		,000
	N	27	27
SCL90_POST_GSI	Correlazione di Pearson	,725**	1
	Sign. (a due code)	,000	
	N	27	27

\*\* . La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code).

## Conclusioni

La sfida che ci eravamo posti consisteva fondamentalmente nel verificare se fosse possibile attivare degli interventi secondo il modello DBT nei servizi sanitari italiani per i disturbi della alimentazione, verificandone la fattibilità e l'efficacia.

Possiamo dire che nei quattro anni di osservazione abbiamo riscontrato, attraverso le interviste di tipo qualitativo al momento del post trattamento e del follow-up, la soddisfazione della maggioranza dei partecipanti, che hanno effettivamente riscontrato un cambiamento di paradigma nell'approccio al proprio problema. La domanda è stata trasformata da quella di un efficace modo di perdere peso a quella di trovare delle nuove strategie nel gestire le emozioni. La maggior parte dei partecipanti hanno espresso il desiderio di una terapia individuale per approfondire i temi personali emersi durante il percorso, molti di loro hanno poi effettivamente intrapreso una psicoterapia individuale. Le abilità del percorso maggiormente apprezzate sono state quelle di Mindfulness, in particolare l'aspetto di consapevolezza, e il Mindful eating, oltre alle Abilità di regolazione emotiva e Tolleranza della sofferenza emotiva. Infine una buona percentuale di pazienti ha anche effettivamente ridotto il peso corporeo mantenendo i risultati nel tempo. Abbiamo inoltre evidenziato nella maggior parte dei pazienti la presenza di gravi problemi relazionali e in particolar modo di coppia, questo ci ha fatto pensare alla possibilità di inserire un modulo più specifico sulle relazioni interpersonali (così come previsto dal Modello DBT per il disturbo borderline).

Le terapeute, sia dipendenti che specializzande, si sono sentite parte di un percorso vivo e intenso ed il funzionamento anche del team è stato un elemento di condivisione delle difficoltà e di confronto sugli interventi.

Riguardo alla prima ipotesi di ricerca, ovvero al miglioramento sia sintomatico che delle abilità di regolazione emotiva, i dati raccolti, anche se ovviamente per un campione limitato, ci danno delle buone indicazioni sulla efficacia del trattamento messo in atto nel SSN attraverso il gruppo delle skills. Infatti i risultati per i punteggi globali del confronto pre-trattamento e post trattamento, così come quelli del follow up a sei mesi risultano tutti significativi.

Analizzando meglio all'interno delle scale del test DERS risulta il dato interessante che le Difficoltà di riconoscimento delle emozioni (DR) e le Difficoltà nel controllo dei comportamenti di risposta (MC) sembrerebbero non essere state influenzate dal trattamento, non mostrando una differenza significativa tra pre e post trattamento.

Proviamo a dare delle ipotesi di lettura di questo dato collegandoci a quanto sta emergendo dalla letteratura sul fattore della Impulsività come uno dei fattori costitutivi di molti disturbi del controllo del comportamento. Tale dato correla, infatti, anche con la non significatività della dimensione degli Agiti compulsivi del test BUT. Potremmo quindi pensare che su queste dimensioni sia necessario un intervento più lungo e più approfondito. D'altronde anche la richiesta di mantenere una attività di gruppo successiva al gruppo delle skills può essere letta come il bisogno che i pazienti avvertono di trovare una dimensione di controllo esterno per la loro impulsività.

Anche i risultati della sintomatologia correlata con il disturbo da binge eating appaiono in miglioramento, tranne che per i Disturbi del sonno e per l'Ansia fobica. Fermo restando anche in questo caso la cautela relativa al campione del progetto, possiamo ipotizzare che le abilità centrali su cui si lavora nel gruppo di skills non riguardino direttamente tali ambiti sintomatologici.

Infine si rilevano delle differenze non statisticamente significative per le scale di Alienazione Interpersonale (IA), Perfezionismo (P), Paura delle Maturità (MF) e questo può farci ipotizzare che il solo trattamento di gruppo non sia sufficiente per influenzare questo tipo di variabile intrapsichiche. Per completezza citiamo anche che sebbene la media generale dei soggetti evidenzia un considerevole miglioramento nella sintomatologia generale ed alimentare dopo il trattamento, esistono alcuni casi singoli che hanno riscontrato un peggioramento, ipotizziamo che ciò fosse dovuto all'emergere di temi intrapsichici importanti durante il percorso.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi di ricerca ovvero che si possa evidenziare una correlazione tra la variabile di Regolazione Emotiva e la sintomatologia alimentare, così come anche tra Regolazione Emotiva e sintomatologia generale i dati indicano sicuramente una correlazione significativa, ma non sono sufficienti per stabilire un nesso di causalità; tale riscontro potrebbe essere oggetto di un possibile secondo studio attraverso delle analisi di regressione lineare.

Sarebbe inoltre interessante poter replicare lo studio attraverso ulteriori gruppi di trattamento in modo da allargare anche il campione di indagine, così come analizzare il fenomeno del drop out più approfonditamente, cercando di individuare quali variabili concorrono ad esso.

Nota 1:Questo paragrafo è stato redatto da Veronica Landeschi e Anna Sardella, Psicologhe Specializzande in Psicoterapia presso la UOC Psicologia ASL TSE.

Nota 2:

- DERS: Il *Difficulties in Emotion Regulation Scale* è un strumento *self-report* composto da 36 item atto a misurare difficoltà cliniche rilevanti nella Regolazione Emotiva. Il soggetto è chiamato ad indicare la frequenza, con cui si verifica l'affermazione indicata, su una scala Likert che va da 1 (quasi mai) a 5 (quasi sempre). Il punteggio del test è diviso in 6 dimensioni che compongono il costrutto di Regolazione Emotiva: Mancanza di Accettazione della Risposta Emotiva (Mancanza di accettazione), Difficoltà a Distrarsi dall'Emozione e ad Eseguire Comportamenti Alternativi (Difficoltà nella distrazione), Mancanza di Fiducia nelle Proprie Abilità di Regolazione Emotiva (Mancanza di fiducia), Difficoltà nel Controllo dei Comportamenti (Mancanza di controllo), Difficoltà nel Riconoscimento dell'Emozione Esperita (Difficoltà nel riconoscimento), Ridotta Autoconsapevolezza Emotiva (Ridotta autoconsapevolezza) (Gratz e Roemer, 2004; Sighinolfi, Norcini, Pala, Chiri, Marchetti e Sica, 2010).
- EIS: L'*Emotional Intelligence Scale* è un questionario self report atto a misurare il costrutto di intelligenza emotiva, formato da 33 item a cui il soggetto è chiamato a rispondere esprimendo il suo grado di accordo su una scala Likert che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo).
- BES: il *Binge Eating Scale* è un questionario self report composto da 16 domande a cui il soggetto deve rispondere scegliendo tra le quattro opzioni quella che più gli corrisponde.
- EDI 3: l'*Eating Disorder Inventory* è un questionario self-report composto da 91 item a cui il soggetto deve rispondere su una scala likert da 1 a 6 quanto spesso esperisce ciò che è indicato nell'affermazione. Il punteggio del test è diviso in 18 dimensioni: Impulso alla magrezza (DT), Bulimia (B), Insoddisfazione per il corpo (BD), Rischio di disturbo alimentare (EDRC), Bassa autostima (LSE), Alienazione personale (PA), Insicurezza Interpersonale (II), Alienazione interpersonale (IA), Deficit interiocittivi(ID), Disregolazione emotiva (ED), Perfezionismo (P), Ascetismo(A), Paura della maturità (MF), Inadeguatezza (IC), Problemi Interpersonali (IPC), Problemi affettivi (APC), Ipercontrollo (OC), Disadattamento psicologico generale (GPMC).
- BUT: il *Body Uneasiness Test* è un test self-report composto da 34 item a cui il soggetto deve rispondere esprimendo su una scala likert da 0 a 5 quanto spesso esperisce l'affermazione proposta, il questionario ha inoltre altri 37 item con parti del corpo, il soggetto dovrà esprimere quanto detesta tali parti. Il punteggio del test è diviso in 6 dimensioni: Weight Phobia (WP), Body Image C (BIC), Avoidance(AVO), Compulsive SM (CSM), Depersonal (DEP), Gravity Index (GSI), rispetto invece alla seconda parte del test, il punteggio è diviso in due dimensioni Positive Symptom Total (PST) e Positive Symptom Distress Index (PSDI).
- SCL-90: il *Symptom Checklist-90* è un questionario autosomministrato self-report composto da 90 item, il soggetto dovrà indicare nell'ultima settimana, quanto spesso ha sofferto dei sintomi elencati su una scala likert da 0 a 4. Il punteggio del test è suddiviso in 11 dimensioni: Somatizzazione (SOM), Ossessivo Compulsivo (OC), Sensibilità interpersonale (INT), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia Fobica (PHOB), Ideazione Paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY), Disturbi del sonno (SLEEP), Indice globale dei sintomi (GSI).

- Anchisi R., Moderato P., Pergolizzi F. (a cura di) 2017 Roots and leaves. Radici e sviluppi contestualisti in terapia comportamentale e cognitiva, Franco Angeli
- Brooks S. J., Lochner C., Shoptaw S., Stein D.J. 2017 Using the reaserch domain criteria (RdoC) to conceptualize impulsivity and compulsivity in relation to addiction, in Progress in brain research, Vol 235, pag 177-218
- Calugi S., Avaldi V. M., Dalle Grave R., Ruccu P. & Fantini M. P., 2014 Mental health services use and management of eating disorders in an Italian Department of Mental Health. Eat Weight Disord, 19, 191-197
- Dalla Ragione L., Vicini M., De Santis C., Ferri S. 2020 I disturbi della nutrizione e della alimentazione: un'epidemia nascosta, Ministero della Salute
- Linehan M.M. Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder 1993 The Guilford Press, trad. it. Introduzione alla DBT 2001 Raffaello Cortina Editore
- Linehan M.M. 1993 Skills training *manual* for treating borderline personality disorder. Guilford Press, trad it 2015 DBT Skills training. Manuale e schede di lavoro, Raffaello Cortina Editore
- Linehan M.M. 2021 Buiolding a life worth living: a memoir, Random House Publishing Group, trad it 2021 Una vita degna di essere vissuta, Raffaello Cortina Editore
- Safer D.L, Hagler Robinson A., Jo B. 2010 Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to anActive Comparison Group Therapy in Behavioral Therapy, vol 41, p. 106-120
- Safer D.L., Telch C.F., Chen E.Y., 2009 Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia, The Guilford Press, tra. it. 2010 Binge eating e bulimia. Trattamento dialettico comportamentale. Raffaello Cortina Editore
- Sloan E. ,Hall K., Moulding R.,Bryce S., Mildred H., Staiger P.K. 2017 Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: a systematic review, Clinical Psychology Review vol 57, pages 141-163
- Telch C.F., Agras W.S., Linehan M.M. 2001 Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorders in Journal of Counsultin and clinical Psychology, vol 69 (6), pag 1061-1065
- Walenda A., Bogusz K., Kopera M., Jakubczyk A.,Wojnar M., Kucharska K. 2021 Emotion regulation in BED Psychiatr. Pol, Vol 55(6), pag 1433–1448