

**Edoardo Mannucci**

**Valdo Ricca\***

**Carlo M. Rotella**

Insegnamento di Malattie  
Metaboliche e del Ricambio,  
Sezione di Endocrinologia,  
Dipartimento di Fisiopatologia  
Clinica;

\* Sezione di Psichiatria,  
Dipartimento di Scienze  
Neurologiche e Psichiatriche,  
Università di Firenze

# L'analisi psicometrica nell'obesità

**Il difficile percorso  
tra i questionari finalizzati  
allo studio del comportamento  
alimentare nei pazienti obesi.  
Dalla ricerca alla pratica clinica**

La conoscenza del comportamento alimentare dei singoli pazienti è una premessa indispensabile al trattamento dell'obesità. La più recente ricerca clinica ha messo in luce che, tra i pazienti obesi, si possono riconoscere molteplici *pattern* di comportamento alimentare e di atteggiamento verso il cibo; si è inoltre osservato che alcune caratteristiche del comportamento alimentare dei pazienti sono fattori predittivi del risultato di specifici trattamenti. Di conseguenza, l'approccio terapeutico deve essere differenziato da un paziente all'altro, in base al comportamento alimentare del singolo (1, 2).

L'ultima edizione del manuale per la diagnosi dei disturbi mentali della *American Psychiatric Association*, il DSM-IV (3), ha definito i criteri diagnostici per una nuova categoria nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, il *Binge Eating Disorder* o Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Questo disturbo, caratterizzato da ricorrenti episodi di perdita di controllo sul cibo (Tabella 1), colpisce il 6-30% dei pazienti obesi che si sottopongono a programmi per il controllo del peso corporeo e necessita di specifici trattamenti psicoterapici e/o psicofarmacologici. È quindi necessario disporre di strumenti agili per lo *screening* e la diagnosi di questo disturbo, in maniera da poter effettuare gli interventi adeguati nei pazienti affetti.

Oltre alla perdita di controllo, caratteristica del disturbo da alimentazione incontrollata, anche altre alterazioni del comportamento alimentare e dell'atteggiamento verso il cibo possono influire sull'approccio terapeutico. È stato ad esempio osservato che, nelle pazienti con bulimia nervosa, l'eccessiva restrizione alimentare favorisce i successivi episodi di perdita di controllo, contribuendo al mantenimento della sintomatologia (4). Analogamente, nei pazienti obesi che presentano una marcata restrizione alimentare, può essere utile contrastare l'atteggiamento restrittivo per limitare i fenomeni di perdita di controllo. In questo senso, una misurazione della restrizione alimentare può essere utile per programmare la terapia. Altri parametri di potenziale utilità terapeutica sono la tendenza ad alimentarsi in risposta a stimoli emotivi (*emotional eating*) e la distorsione dell'immagine corporea.

Infine, l'efficacia del trattamento deve essere misurata non soltanto in base al calo ponderale ottenuto, ma anche attraverso la misurazione delle variazioni di parametri psicologici e comportamentali. Nei pazienti che presentano evidenti distorsioni dell'atteggiamento verso il cibo e del comportamento alimentare, un miglioramento in tali aree rappresenta un risultato terapeutico apprezzabile indipendentemente dalla riduzione del peso. Occorre poi ricordare che uno degli scopi del trattamento dell'obesità è il miglioramento della qualità della vita, intesa come sensazione soggettiva di benessere (fisico e psicologico) dei pazienti; periodiche valutazioni della qualità della vita sono quindi un utile indice di efficacia terapeutica nel singolo paziente.

### I vantaggi della psicomètria

Tradizionalmente, lo studio del comportamento alimentare nei pazienti obesi avviene nell'ambito della raccolta dell'anamnesi. Tutti coloro che si occupano della cura dell'obesità (internisti, nutrizionisti, dietisti, ecc.), indipendentemente dalle specifiche caratteristiche professionali, chiedono al paziente, in occasione della prima visita, informazioni sulle abitudini alimentari. Non sempre, però, si indagano accuratamente le caratteristiche psicologiche e psicopatologiche legate al comportamento alimentare, quali la presenza di fenomeni di perdita di controllo, la restrizione, i fenomeni di *emotional eating*, e così via. In effetti, la maggior parte degli operatori professionali impegnati nella cura dell'obesità non ha mai ricevuto una specifica istruzione nel campo dei disturbi del comportamento alimentare e ciò può condizionare negativamente la qualità delle informazioni anamnestiche raccolte in questo ambito.

Informazioni interessanti sul comportamento alimentare dei pazienti si possono ottenere attraverso l'automonitoraggio dell'assunzione di cibo, cioè facendo compilare un diario alimentare. Questo strumento, di grandissima utilità nella terapia dell'obesità, viene proposto da alcuni anche co-

me mezzo diagnostico, per indagare il comportamento alimentare (2). In realtà, l'automonitoraggio è già sufficiente a modificare il comportamento alimentare: il paziente che sta compilando un diario alimentare tende a ridurre il numero di episodi di perdita di controllo ed a regolarizzare il proprio *pattern* alimentare; l'esperienza clinica mostra che alcuni pazienti perdono peso quando iniziano a compilare il diario, anche in assenza di altri interventi terapeutici. L'uso del diario alimentare a scopo valutativo del comportamento alimentare tende quindi a sottostimare l'incidenza o la gravità delle alterazioni del comportamento alimentare (1).

I test psicomètrici sono strumenti che misurano grandezze psicologiche, traducendole in numeri. Tali strumenti sono preziosi nella ricerca clinica: quando si intendono valutare le caratteristiche psicopatologiche di una popolazione, oppure correlare caratteri psicologici e parametri clinici, oppure ancora verificare gli effetti di un trattamento, la misurazione (numerica) delle grandezze psicologiche è assolutamente necessaria all'indagine. Peraltro, i test psicomètrici per lo studio del comportamento alimentare sono potenzialmente assai utili anche nella pratica clinica quotidiana. Infatti, i punteggi numerici dei test possono essere utilizzati per identificare i pazienti da sottoporre a specifici interventi terapeutici; inoltre, la ripetizione dei test nel tempo e la valutazione delle differenze nei punteggi consente di osservare in maniera semplice gli effetti della terapia nei singoli casi.

#### Tabella 1

#### Criteria diagnostici per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (secondo il DSM-IV)

##### Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata

Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per entrambi i seguenti elementi:

- Mangiare, in un periodo definito di tempo (ad esempio, entro due ore), una quantità di cibo assai superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo ed in circostanze simili.
- Sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (ad esempio, sensazione di non riuscire a fermarsi mentre si sta mangiando).

##### Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre o più dei seguenti sintomi:

- Mangiare molto più rapidamente del normale.
- Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
- Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
- Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

È presente marcato disagio riguardo al mangiare incontrollato.

Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per due giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.

L'alimentazione incontrollata non è associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (ad esempio digiuno, vomito provocato, esercizio fisico prolungato, uso di purganti).

### **I limiti della psicomетria**

Gli strumenti psicometrici si distinguono in due grandi categorie: i questionari autosomministrati e le interviste strutturate. I questionari sono serie di domande (*items*) che possono avere vari formati (risposte Sì/No, risposte multiple, eccetera); il paziente compila direttamente il questionario, senza l'aiuto dell'investigatore, ed in base alle risposte vengono assegnati, secondo uno schema preordinato, dei punteggi. Nelle interviste strutturate, invece, l'investigatore pone al paziente delle domande prestabilite ed assegna alle risposte (verbali) un punteggio, seguendo uno schema di valutazione precedentemente indicato. In generale, i questionari sono strumenti più agili e semplici da somministrare, mentre le interviste sono più complesse, ma consentono di ottenere risultati più affidabili.

Qualunque sia il formato del test, esso deve possedere la capacità di misurare in maniera affidabile, ripetibile e specifica la grandezza (psicologica) che si intende valutare. La dimostrazione dell'affidabilità del test è detta *validazione* ed è una premessa indispensabile all'impiego clinico di uno strumento psicometrico (5). Gli studi di validazione sono assai complessi e valutano una serie di parametri, indicati nella Tabella 2.

È importante ricordare che, quando si traduce un test in un'altra lingua, la versione tradotta deve essere nuovamente sottoposta alla procedura di validazione. Infatti, lievi inesattezze nella traduzione, ambiguità del testo o differenze culturali da un paese all'altro possono modificare in maniera sostanziale le caratteristiche psicometriche di un test.

Questo ultimo aspetto costituisce un grave limite all'impiego di test psicometrici in Italia. Infatti, la grande maggioranza dei questionari e delle interviste utilizzate nel mondo sono state generate (e validate) in lingua inglese. Per moltissimi test non esistono traduzioni italiane; anche nei casi in cui una traduzione è stata effettuata, spesso non è stata eseguita una corretta procedura di validazione della versione tradotta. La scelta di test disponibili in Italia, quindi, è attualmente assai limitata. Per questo motivo, il *NetWorking Team Group* Italiano (NTW-GI), un gruppo collaborativo per lo studio del comportamento alimentare, ha promosso un programma di validazione di una serie di test psicometrici, cui partecipano circa 15 centri in varie parti del Paese. Questo progetto, che stiamo coordinando insieme ai Professori Massimo Cuzzolaro (Università di Roma) e Nazario Melchionda (Università di Bologna), dovrebbe condurre alla costituzione di un ampio pacchetto di test standardizzati ed opportunamente validati in Italiano.

Considerando la limitazione linguistica, tratteremo nelle pagine seguenti soltanto dei test che sono già stati validati in Italiano o che sono in fase avanzata di validazione. Occorre ricordare che la letteratura internazionale offre una scelta assai più vasta di strumenti, che sono però ancora inutilizzabili nel nostro Paese.

### **Questionari per lo screening del disturbo da alimentazione incontrollata**

Un primo campo di applicazione per gli strumenti psicometrici è lo *screening* del disturbo da alimentazione incontrollata, che necessita di un trattamento specifico. A questo scopo, si può utilizzare la *Binge Eating Scale* (BES) o, in alternativa, il *Bulimic Investigation Test of Edinburgh* (BITE). Ambedue i test sono stati concepiti per la bulimia nervosa, ma possono essere applicati allo studio dell'obesità.

La **BES** è un questionario piuttosto breve (18 *items*) che studia i fenomeni di perdita di controllo sul cibo (6). Sebbene tenda a sovrastimare i fenomeni di abbuffata, questo test, con una soglia di 17, può essere usato per lo *screening* del Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Occorre ricordare che il test ha una buona sensibilità, ma scarsa specificità, per cui, nei casi sospetti, la diagnosi deve comunque essere confermata con una intervista. Somministrata periodicamente durante il trattamento, la BES può anche essere usata come strumento per valutare l'efficacia della terapia, sia nei pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, sia con quelli che mostrano fenomeni minori di perdita di controllo sul cibo. Una traduzione della BES, parzialmente validata, è stata recentemente pubblicata (7); una ulteriore traduzione, perfezionata, è attualmente in corso di validazione.

Il **BITE** è un questionario più lungo, che indaga anche i comportamenti compensatori della bulimia (vomito, digiuno, eccetera). I punteggi si articolano in due scale: una Scala dei Sintomi ed una Scala di Gravità (8). Con una soglia a 10 sulla scala dei Sintomi, il BITE può essere utilizzato in alternativa alla BES nello *screening* del Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Rispetto alla BES, presenta comunque una specificità minore (cioè un più alto numero di falsi positivi). Una traduzione italiana, che è stata sino ad oggi largamente impiegata senza mai essere adeguatamente validata, è attualmente in corso di validazione.

### **Questionari per una ulteriore caratterizzazione del comportamento alimentare**

Oltre che per definire la presenza del disturbo del comportamento alimentare, questionari autosomministrati possono essere impiegati anche per la definizione di altre caratteristiche del comportamento alimentare e dell'atteggiamento verso il cibo nei pazienti obesi, che possono influire sulle decisioni terapeutiche. Si possono quindi utilizzare, anche a scopo clinico questionari che indagano aree del comportamento alimentare diverse dalla perdita di controllo. In particolare, possono essere utili, anche nei pazienti obesi, i seguenti test:

- **Eating Attitude Test (EAT).** Questo test, ampiamente utilizzato per lo studio dei sintomi di anoressia nervosa, può essere considerato una buona misura della restrizione alimentare (9). Ne esiste anche una versione italiana validata (10). La misurazione della restrizione può essere utile nei pazienti obesi, in quanto un atteggiamento eccessivamente restrittivo, che può favorire i fenomeni di perdita di controllo, può essere l'obiettivo di una specifica psicoterapia. Peraltro, la prescrizione di una dieta può essa stessa aumentare la restrizione in maniera significativa, come si può osservare anche nei pazienti diabetici (11, 12).
- **Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ).** Il TFEQ, che è stato sviluppato specificamente per lo studio del comportamento alimentare nei pazienti obesi, misura, su tre diverse scale, la restrizione alimentare, la disinibizione e la suscettibilità alla fame (13). Peraltro, la restrizione può essere misurata con maggior accuratezza con EAT; i fenomeni di disinibizione e perdita di controllo sono indagati con maggior semplicità dalla BES; la scala suscettibilità alla fame viene considerata scarsamente affidabile (5). Comunque, il TFEQ è uno dei test più frequentemente impiegati a livello internazionale per lo studio del comportamento alimentare nei pazienti obesi. Una versione italiana è attualmente in corso di validazione.
- **Body Uneasiness Test (BUT).** Lo studio dell'immagine corporea può fornire utili indicazioni nei pazienti che si intendono inviare alla psicoterapia. Un semplice test, disponibile in Italiano, per indagare questo aspetto è il BUT (14).

A nostro giudizio, non è invece utile, nella pratica clinica obesiologica, l'impiego di altri test, più complessi, per lo studio del comportamento alimentare. Strumenti quali lo *Eating Disorder Inventory (EDI)*, pur disponibili anche in Italiano, dovrebbero essere impiegati soltanto per scopi di ricerca.

### Le interviste strutturate

I questionari autosomministrati, come segnalato in precedenza, consentono di individuare i casi sospetti, ma non di formulare diagnosi di disturbo da alimentazione incontrollata; per questo ultimo aspetto, è necessaria una intervista. Nella pratica clinica, la diagnosi di un disturbo del comportamento alimentare si ottiene generalmente attraverso una visita psichiatrica. Una valida alternativa può essere rappresentata dall'uso di una intervista strutturata, che prevede una lista rigida di domande ed un sistema di codificazione e di attribuzione di punteggi per le risposte fornite dal

<b>Tabella 2</b>		
<b>Proposta di un protocollo psicometrico per l'obesità</b>		
<b>Prima visita</b>		
BES, BITE	ORWELL 97	Facoltativi: EAT, BUT, TFEQ
Se + : EDE 12.0D		
<b>Follow-up</b>		
BES, BITE	ORWELL 97	

paziente.

La **Eating Disorder Examination 12.0D (EDE)** è un'intervista strutturata progettata per lo studio dei disturbi del comportamento alimentare, che consente di formulare diagnosi secondo le categorie del DSM-IV (3). Inoltre, la EDE fornisce punteggi relativi a Restrizione, Preoccupazione per il cibo, Preoccupazione per il peso e Preoccupazione per la forma del corpo; il punteggio complessivo, rappresentato dalla media delle quattro scale, è un indice di gravità dell'alterazione del comportamento alimentare (4). L'intervista è stata tradotta in italiano e sottoposta ad una parziale validazione (15), anche in pazienti obesi (16). Gli intervistatori, che non sono necessariamente psichiatri, devono peraltro essere specificatamente addestrati all'uso di questo strumento. Uno dei vantaggi maggiori della EDE è quello di consentire la formulazione di diagnosi affidabili di disturbi del comportamento alimentare anche da parte di operatori diversi dai medici psichiatrici. L'applicazione dell'intervista richiede 20-30' per ciascun paziente. Essa non è quindi proponibile come strumento di uso generale nei pazienti obesi; può rappresentare però un prezioso strumento di approfondimento diagnostico nei pazienti che sono risultati oltre la soglia di attenzione per il disturbo da alimentazione incontrollata ai test autosomministrati di *screening* (BES, BITE).

### La misurazione della qualità della vita

Il trattamento di una malattia cronica, quale l'obesità, è rivolto al miglioramento della durata e della qualità della vita dei pazienti. Nonostante ciò, nella pratica clinica spesso si utilizza come parametro dell'efficacia del trattamento soltanto il peso corporeo, senza includere misurazioni della qualità della vita. Al contrario, la scelta del trattamento dovrebbe essere condotta valutando gli effetti di ciascuna terapia sulla qualità della vita, controllando le variazioni di tale parametro nei singoli pazienti durante il trattamento.

La qualità della vita, definita come la sensazione soggettiva di complessivo benessere dell'individuo, può essere misurata con questionari generici oppure con strumenti disegnati specificamente per i pazienti affetti da singole malattie. In generale, gli strumenti generici sono più affidabili, ma meno sensibili di quelli specifici e quindi sono di

scarsa utilità per mettere in luce le variazioni della qualità della vita indotte dal trattamento. Quindi, mentre gli strumenti generici sono utili nell'ambito della ricerca, i questionari specifici per ciascuna malattia sono di maggiore utilità nella pratica clinica.

L'unico questionario per la valutazione specifica della qualità della vita nei pazienti obesi disponibile ed adeguatamente validato in lingua Italiana è l'**Obesity-Related WELLbeing questionnaire (ORWELL 97)**, un semplice strumento che valuta non soltanto la presenza di sintomi e limitazioni funzionali connesse all'obesità, ma anche il loro impatto sullo stato di benessere soggettivo del paziente (17). A nostro avviso, questo strumento dovrebbe essere impiegato in tutti i pazienti obesi prima dell'inizio del trattamento, e successivamente ad intervalli regolari di 3-6 mesi, per valutare gli effetti della terapia.

### Una proposta di protocollo psicometrico per l'obesità

Sulla base di quanto esposto in precedenza, possiamo formulare un protocollo psicometrico sintetico, di facile applicazione, per l'uso nella pratica clinica obesiologica (Tabella 2).

Riassumendo, i test psicometrici sono assai utili nello *screening* del Disturbo da Alimentazione Incontrollata. A tale scopo, il test da preferire è a nostro avviso la BES; una possibile alternativa è il BITE. A completamento dello studio del comportamento alimentare dei pazienti possono eventualmente essere utilizzati anche altri test che studiano aspetti specifici diversi dalla perdita di controllo, quali EAT, TFEQ e BUT. Inoltre, si dovrà effettuare una misurazione della qualità della vita (ORWELL 97).

I pazienti risultati positivi alla BES (o al BITE) dovranno essere sottoposti ad una indagine di approfondimento, quale la EDE 12.0D. In mancanza di personale all'uso di tale intervista, è consigliabile che i pazienti risultati positivi vengano invitati alla consulenza psichiatrica.

Infine, ad intervalli di tempo regolari (ogni 3-6 mesi) i pazienti dovranno essere sottoposti ad ulteriori controlli riguardo all'andamento della qualità della vita (ORWELL 97) e delle perdite di controllo sul cibo (BES o BITE), in modo da verificare gli effetti del trattamento.

### Bibliografia

1. Rotella CM, Ricca V, Mannucci E, Eds (1997) L'Obesità. Manuale per la diagnosi e la terapia. SEE, Firenze.
2. Bosello O, Ed. (1998) Obesità. Un trattato multidimensionale. Kurtis, Milano.
3. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV). APA Press,

Washington, DC, USA.

4. Fairburn GT, Wilson GT, Eds. (1993) Binge Eating. Nature, Assessment, and Treatment. Guildford Press, New York, NY, USA.
5. Allison DB (1995) Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems, Sage Publ., Thousand Oaks, CA, USA.
6. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D (1983) The assessment of binge eating severity among obese patients. *Addict Behav* 7: 47.
7. Di Bernardo M, Barciulli E, Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Cabras PL, Rotella CM (1998) Validazione della versione italiana della Binge Eating Scale in pazienti obesi. *Minerva Psichiatr* 39: 125.
8. Henderson M, Freeman CPL (1987) A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Br J Psychiatry* 150: 18.
9. Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitude Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychol Med* 9: 273.
10. Cuzzolaro M, Petrilli A (1988) Validazione della versione italiana dell'EAT-40 (eating Attitude Test) di D.M. Garner e P.E. Garfinkel. *Psichiatria Infanzia Adolesc* 55: 209.
11. Mannucci E, Ricca V, Mezzani B, Di Bernardo M, Piani F, Vannini R, Cabras PL, Rotella CM (1995) Eating attitude and behavior in patients with IDDM: a case-controlled study. *Diabetes Care* 18: 1503.
12. Mannucci E, Bardini G, Ricca V, Tesi F, Piani F, Vannini R, Rotella CM (1997) Eating attitudes and behaviour in patients with type II diabetes. *Diabetes Nutr Metab* 10: 275.
13. Stunkard AJ, Messick S (1985) The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition, and hunger. *J Psychosom Res* 29: 71.
14. Cuzzolaro M, et al., manoscritto in preparazione.
15. Mannucci E, Ricca V, Di Bernardo M, Rotella CM (1996). Valutazione del comportamento alimentare nei pazienti diabetici. *Il Diabete* 8: 121.
16. Mannucci E, Ricca V, Di Bernardo M, Moretti S, Cabras PL, Rotella CM (1997) Psychometric properties of EDE 12.0D in obese adult patients without binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2: 144.
17. Mannucci E, Ricca V, Barciulli E, Di Bernardo M, Travaglini R, Cabras PL, Rotella CM (1999) Quality of life and overweight: the Obesity-Related Well-being (ORWELL 97) Questionnaire. *Addict Behav* [in press].