



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA E CLINICA

DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA DINAMICA E CLINICA
XXXII ciclo

Tesi di Dottorato:

***“Obesità ed Emozioni:
valutazione multimetodo dell’alessitimia in pazienti sottoposti a chirurgia
bariatrica”***

Dottoranda:
Dott.ssa Cinzia Di Monte

Co-Tutor:
Prof. Francesco Dentale

Tutor
Prof.ssa Michela Di Trani

A.A. 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I	6
L'OBESITÀ E LA CHIRURGIA BARIATRICA	6
1.1 Obesità: definizione ed epidemiologia	6
1.2 Obesità e Fattori Psicologici	9
1.3 Trattamenti per l'Obesità	13
1.4 Focus sulla chirurgia bariatrica	15
1.5 La valutazione psicologica nella chirurgia bariatrica	19
CAPITOLO II	24
L'ALESSITIMIA	24
2.1 L'alessitimia: breve storia e definizione del costrutto	24
2.2 Principali filoni di ricerca sull'alessitimia	27
2.3 Strumenti per l'assessment dell'alessitimia	29
2.4 Alessitimia e Obesità	34
<i>2.4.1 Perché ipotizzare che l'alessitimia abbia un ruolo nello sviluppo e mantenimento dell'obesità?</i>	34
<i>2.4.2 Perché ipotizzare che l'alessitimia abbia un ruolo nella perdita di peso a seguito di chirurgia bariatrica?</i>	36
CAPITOLO III	38
LA RICERCA: “VALUTAZIONE MULTIMETODO DELL'ALESSITIMIA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA BARIATRICA”	38
3.1 Introduzione	38
3.2 Obiettivi	39

3.3 Metodo	40
3.3.1 <i>Soggetti</i>	40
3.3.2 <i>Procedura</i>	41
3.3.3 <i>Strumenti</i>	42
3.3.4 <i>Analisi Statistiche</i>	43
3.4 Risultati	45
3.4.1 <i>Verifica del primo obiettivo: indagare la relazione tra peso e Alessitimia.</i>	45
3.4.2 <i>Verifica del secondo obiettivo: valutare l' Alessitimia come fattore predittivo del calo ponderale</i>	49
3.5 Discussione	50
3.6 Limiti e punti di forza	54
CONCLUSIONI	56
BIBLIOGRAFIA	59
SITOGRAFIA	69
APPENDICE 1: SCL-90-R	70
APPENDICE 2: 20-ITEM FOR TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)	74
APPENDICE 3: BES - BINGE EATING SCALE	75
APPENDICE 4: TORONTO STRUCTURED INTERVIEW FOR ALEXITHYMIA (TSIA)	79

INTRODUZIONE

L'idea di questa ricerca nasce dall'aver rilevato un *bias* tra l'esperienza clinica di psicologi che lavoravano nell'ambito dell'obesità e della chirurgia bariatrica e le ricerche presenti in letteratura. Dall'esperienza clinica, infatti, gli psicologi riscontravano, tramite i colloqui e le valutazioni psicodiagnostiche, che i pazienti obesi che chiedevano un intervento di chirurgia bariatrica avessero delle difficoltà nell'identificare e distinguere le emozioni e, ancor di più, nel gestirle. Abbiamo ipotizzato, dunque, che questa popolazione clinica riportasse un deficit della regolazione emotiva, *alexitimia*, che portava all'utilizzo del cibo come regolatore esterno e che questo funzionamento avesse un ruolo nello sviluppo e/o mantenimento della condizione di obesità. Questa impressione clinica, però, non è confermata dalla letteratura, dove le ricerche realizzate allo scopo di indagare la relazione tra obesità ed *alexitimia* hanno portato a risultati contrastanti e non generalizzabili.

Da qui, è iniziata un'approfondita ricerca e studio della letteratura presente su questo tema ed è nata una domanda di ordine metodologico. Tutti gli studi svolti erano stati condotti con l'impiego di uno strumento self-report per la valutazione dell'*alexitimia*, la *20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, nonostante ormai da anni sia attivo un dibattito sulla validità di questo strumento in alcune popolazioni cliniche, visto che viene chiesto ai soggetti un'autovalutazione delle proprie difficoltà emotive, presupponendo quindi buone capacità di riconoscimento del proprio funzionamento, area che negli *alexitimici* risulta deficitaria. Per questo, e per altri motivi, gli stessi autori della TAS-20, identificati come il "gruppo di Toronto", hanno creato e validato uno strumento differente, un'intervista strutturata per l'*alexitimia*, la *Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)*. In letteratura, sono pochissimi gli studi in cui è stato utilizzato questo strumento, in quanto richiede che il somministratore abbia svolto una formazione per somministrarlo e siglarlo e, inoltre, i tempi di somministrazione sono più lunghi rispetto all'impiego del self-report; nonostante ciò, nei pochi studi presenti è stato dimostrato che in alcune popolazioni cliniche l'utilizzo dell'intervista è più sensibile ed efficace a cogliere i livelli di *alexitimia*. In ogni caso, è sempre consigliata una valutazione multi-metodo dell'*alexitimia*, anche se non è quasi mai svolta.

L'aspetto longitudinale della ricerca, invece, nasce da una domanda che parte dai medici, chirurghi, che eseguono gli interventi bariatrici. Nonostante, infatti, la chirurgia bariatrica sia considerata il trattamento d'elezione per l'obesità grave, portando ad un miglioramento della qualità della vita e una perdita della percentuale di peso in eccesso perso (%EWL) che varia dal 50% al 70% dopo un anno dall'intervento, sempre più studi mettono in luce che non tutti i

pazienti raggiungono risultati soddisfacenti in termini di peso perso e/o riacquistano peso dopo l'iniziale dimagrimento post-intervento. Come spesso accade nel rapporto tra medicina e psicologia, nel "fallimento" dell'intervento medico, nasce la domanda psicologica: si è, infatti, aperta una finestra di dialogo con gli psicologi, chiedendo se potessero esserci dei fattori psicologici che interferiscono con l'outcome dell'intervento chirurgico.

Tra i vari fattori psicologici che sono stati studiati, ipotizzando un loro possibile ruolo sull'esito della chirurgia bariatrica, l'alessitimia è stata indagata in pochi studi e, anche in questo caso, è stata valutata solo tramite TAS-20. Dunque, abbiamo pensato di esplorare il ruolo dell'alessitimia, come fattore che influenza l'esito del trattamento chirurgico, utilizzando l'intervista TSIA.

Il seguente lavoro si apre con un'introduzione sull'obesità, come fenomeno globale che rappresenta una principale preoccupazione per la salute in tutto il mondo; il *primo capitolo* prosegue con l'analisi degli studi che hanno esplorato il rapporto tra obesità e fattori psicologici, cercando dunque di capire perché la psicologia dovrebbe occuparsi della condizione di obesità.

Sono, poi, riportati i trattamenti esistenti per l'obesità, andando per gradi, a partire dal trattamento dietetico fino a quello chirurgico su cui ci siamo focalizzati per spiegare in cosa consiste la chirurgia bariatrica, chi può accederci e con quali aspettative. Infine, sono state riportate le indicazioni delle linee guida nazionali della Società Italiana per la Chirurgia dell'Obesità (SICOb) rispetto al ruolo dello psicologo nell'equipe che si occupa del trattamento chirurgico del paziente obeso.

Nel *secondo capitolo* è spiegato il costrutto psicologico dell'alessitimia, partendo dalla storia e la definizione e proseguendo con la spiegazione di un modello teorico che ci permettesse di inquadrarlo al meglio (Teoria del Codice multiplo di Wilma Bucci).

Sono, poi, brevemente riportati i principali filoni di ricerca sull'alessitimia, in quanto costrutto transnosografico, indagato in numerosi studi. Di seguito, sono stati illustrati tutti gli strumenti ad oggi esistenti per la valutazione dell'alessitimia, con un focus particolare sui due strumenti utilizzati in questa ricerca: la TAS-20 e la TSIA.

Il secondo capitolo si chiude con una parte fondamentale del lavoro, cioè l'analisi degli studi presenti in letteratura sulla relazione tra alessitimia e obesità e l'ipotesi teorica che è alla base del lavoro, che si sviluppa a partire da due domande: "*Perché ipotizzare che l'alessitimia abbia un ruolo nello sviluppo e mantenimento dell'obesità?*" e "*Perché ipotizzare che l'alessitimia abbia un ruolo nella perdita di peso a seguito di chirurgia bariatrica?*".

Il *terzo capitolo*, infine, è interamente dedicato alla ricerca: si apre con una breve introduzione e definizione degli obiettivi, per poi proseguire con la spiegazione del metodo

applicato e le analisi dei dati svolte in questa ricerca. Sono stati, poi, riportati i risultati delle analisi e commentati in un paragrafo dedicato alle discussioni. Sono, infine, discussi i limiti e i punti di forza della ricerca svolta.

Nelle conclusioni è stata fornita una visione d'insieme dei risultati ottenuti, ponendo soprattutto in luce le ricadute cliniche di questi risultati. Questo lavoro di tesi, come detto, nasce da una domanda clinica, a cui si prova a dare una risposta.

In ultimo, in appendice, sono presenti tutti i questionari utilizzati nella ricerca, compresa l'intervista TSIA.

CAPITOLO I

L'OBESITÀ E LA CHIRURGIA BARIATRICA

1.1 Obesità: definizione ed epidemiologia

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo e attualmente si parla di “*globesità*”, quale fenomeno diffuso a livello globale. L'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) definisce l'obesità come “*una condizione clinica caratterizzata da un eccessivo peso corporeo per accumulo di tessuto adiposo in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute*” (OMS, 2000) e, ad oggi, rappresenta il quinto fattore di rischio per mortalità globale. La grande preoccupazione inerente alla diffusione del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione riguarda inoltre le conseguenze di questa condizione, infatti, sovrappeso e obesità sono tra i principali fattori di rischio per alcune patologie, quali le malattie ischemiche del cuore, l'ipertensione arteriosa, l'ictus (Ortega et al., 2016), il diabete di tipo 2 (Kahn et al., 2006), le osteoartriti (Sowers et al., 2010) e alcuni tipi di cancro (Arnold et al., 2016).

Per la classificazione del sovrappeso e dell'obesità viene utilizzato il *Body Mass Index (BMI)*, un parametro universalmente riconosciuto che è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). Per l'OMS si definisce “sovrappeso” un soggetto con BMI compreso tra 25 e 29 e “obeso” chi ha un BMI uguale o superiore a 30. L'obesità ha poi 3 livelli: *primo grado o lieve*, con un BMI da 30 a 34,9; *secondo grado o moderata*, BMI da 35 a 39,9; *terzo grado o grave*, BMI uguale o superiore a 40. Nonostante il BMI sia il parametro più utilizzato per la valutazione dell'obesità, soprattutto per la sua semplicità di calcolo, ha delle criticità in quanto non dà informazioni complete, infatti, non valuta la distribuzione di massa grassa e massa magra e non fornisce indicazioni sulla distribuzione di grasso nel corpo (Adab et al., 2018). Il BMI, infatti, non permette la distinzione tra due differenti tipi di obesità, classificati in base alla distribuzione della massa adiposa nel corpo: obesità *androide* e *ginoide*.

L'obesità androide è caratterizzata da accumulo di tessuto adiposo principalmente nelle aree superiori del corpo e nella maggior parte dei casi, si tratta di accumulo di grasso viscerale; l'obesità ginoide, invece, si manifesta con una distribuzione di grasso nelle zone inferiori del corpo e nella parte posteriore delle braccia, solitamente si tratta di grasso sottocutaneo e questo tipo di obesità è più frequente nelle donne. Questa distinzione è importante in quanto l'obesità androide è più rischiosa perché l'accumulo di tessuto adiposo di tipo viscerale nella zona

toracica aumenta il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari, ipertensione e porta ad avere livelli più alti di colesterolo.

Per capire la crescente preoccupazione legata alla diffusione di sovrappeso e obesità è sufficiente vedere i dati epidemiologici più recenti. L'OMS ha stimato che dal 1974 al 2016 l'obesità mondiale è triplicata. Nel 2016, il 39% della popolazione mondiale con più di 18 anni è sovrappeso e il 13% è obeso; si tratta di 1.9 miliardi di adulti sovrappeso e 650 milioni di obesi. Purtroppo, i dati sono allarmanti anche rispetto alla popolazione infantile, infatti, oltre 340 milioni di bambini e adolescenti, tra i 5 e 19 anni sono sovrappeso o obesi.

Rispetto ai dati nazionali, dal rapporto Osservasalute 2018, che fa riferimento ai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", emerge che in Italia nel 2017 più di un terzo della popolazione (35,4%) di età superiore ai 18 anni è in sovrappeso e il 10,5% è obesa, dunque il 45,9% della popolazione maggiorenne è in eccesso ponderale. (Tabella 1)

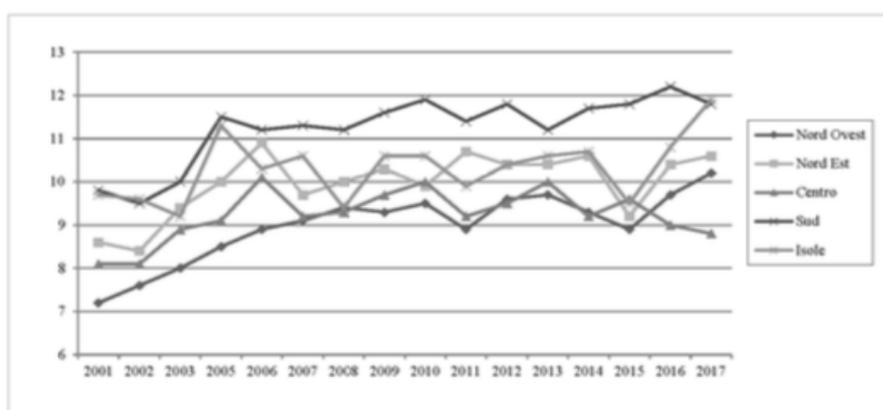
Tabella 1. Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e per classe di età- Anno 2017

Classi di età	Sovrappeso			Obese		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	20,4	11,3	15,9	4,4	3,0	3,7
25-34	31,8	16,9	24,4	5,8	4,8	5,3
35-44	42,9	21,2	32,1	9,6	6,2	7,9
45-54	45,6	27,4	36,4	13,8	8,8	11,3
55-64	49,4	33,9	41,4	16,0	11,8	13,9
65-74	53,4	40,1	46,3	16,5	15,6	16,0
75 +	49,3	40,0	43,8	13,5	12,8	13,1
Totale	43,0	28,4	35,4	11,8	9,4	10,5

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018

Nonostante l'interesse per questo tema da diversi anni ha portato all'attivazione di programmi di prevenzione e di contrasto all'obesità, i dati sono sempre allarmanti in quanto mostrano un aumento continuo del trend su tutto il territorio italiano. (Tabella 2).

Tabella 2. Prevalenza (valori per 100) di persone maggiorenni obese per macroarea. Anni 2001-2017



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018

Gli interventi di prevenzione all'obesità attivati sul territorio nazionale e internazionale, si sono focalizzati soprattutto sull'indurre la popolazione a un'alimentazione più sana e a un maggior esercizio fisico, infatti, un apporto calorico eccessivo e poca e/o assenza di attività fisica sono considerati i *Two Big Factors* per lo sviluppo dell'obesità. L'obesità è spesso definita semplicemente come uno squilibrio energetico tra le calorie assunte e quelle consumate: questa visione si è però rivelata troppo semplicistica e gli interventi attuati su queste fondamenta sono risultati inefficaci, infatti, come abbiamo visto l'obesità tende ad aumentare. Per questo si è attivato un filone di studi con l'obiettivo di individuare ulteriori fattori che avessero un ruolo nel determinare la condizione di obesità. Keith et al. (2006), ad esempio, hanno individuato 10 fattori che contribuiscono all'aumento di peso, criticando la tendenza generale a dare importanza soltanto ai *two big factors*:

- Riduzione delle ore di sonno;
- Interferenti endocrini (ED), inquinanti ambientali che interferiscono sul metabolismo dei lipidi, alterando la normale funzionalità ormonale dell'apparato endocrino;
- Diminuzione della variabilità della temperatura ambientale;
- Riduzione del tabagismo;
- Maggiore utilizzo di farmaci che possono causare aumento di peso;
- Cambiamento demografico nella popolazione, con l'incremento di gruppi etnici in cui l'obesità è maggiormente diffusa;
- Gravidanza in una fase più tarda dell'età che porta ad un rischio più alto di obesità della prole;
- Figli di madri obese e con diabete gestazionale hanno maggiore probabilità di essere a loro volta obesi;
- Selezione naturale per il più alto indice di massa corporea, avendo questo una componente ereditabile;
- Accoppiamento selettivo che porta ad una maggiore concentrazione di fattori di rischio dell'obesità.

Dunque, tra questi ritroviamo fattori *comportamentali, genetici, biologici e ambientali*. Gli Autori, soprattutto, sottolineano che l'obesità è data dall'interconnessione di questi fattori.

Questo ampliamento di visuale non solo aiuta a strutturare interventi più efficaci e variegati, ma cambiano anche l'ottica con cui vedere l'individuo obeso, che non può essere

semplicemente considerato un soggetto pigro, ma deve essere considerato nella sua complessità.

Ad oggi, l'obesità è dunque considerata un disturbo eterogeneo dato dall'intrecciarsi di fattori genetici, ambientali, comportamentali e psicosociali.

1.2 Obesità e Fattori Psicologici

L'obesità è presente nella *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati* (ICD-10), nella sezione E “*Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche*” (codice E66: obesità), non è invece presente nella sezione F che riguarda “*Disturbi mentali e comportamentali*”. Allo stesso modo, la diagnosi di obesità non è presente nella sezione inerente ai “*Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione*” del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM 5).

Da sempre, infatti, l'obesità è considerata una malattia prettamente medica e sia gli studi che gli interventi si sono focalizzati sull'aspetto biologico, genetico e nutrizionale. Soltanto in tempi relativamente recenti si è iniziato a dare importanza ai fattori comportamentali e psicologici implicati nella condizione di obesità. Ad oggi, l'*American Psychological Association (APA)*, la più autorevole associazione in ambito psicologico, presenta l'obesità come un topic psicologico specificando che benché i fattori genetici giochino un ruolo chiave nello sviluppo di questa condizione, sono altrettanto importanti i fattori comportamentali su cui la psicologia può dare un valido aiuto.

Inizialmente i ricercatori in psicologia hanno provato a cercare il profilo psicologico e psicopatologico delle persone obese con l'obiettivo di spiegare l'eziologia dell'obesità analizzando il contributo causale dei fattori psicologici. Queste ricerche non hanno mai portato a risultati omogenei circa l'esistenza di un profilo psicopatologico associato all'obesità, ma hanno mostrato come tra le persone obese ci fosse una maggior prevalenza di alcuni quadri sintomatologici, senza però poter stabilire una relazione di causa-effetto, ancora oggi impossibile da definire. Tra i sintomi psicopatologici maggiormente indagati in questa popolazione clinica emergono:

- *Depressione*: una metanalisi condotta su 15 studi longitudinali che indagavano il rapporto tra obesità e depressione ha mostrato che l'obesità al baseline aumenta il rischio di sviluppare sintomi depressivi al follow up e allo stesso modo la presenza di depressione al tempo base incrementa lo sviluppo di obesità al follow up (Luppino et al., 2010). La relazione tra

depressione e obesità, inoltre, risulta essere influenzata dal genere, in quanto nelle donne obese si evince una prevalenza maggiore di sintomi depressivi rispetto al campione maschile (de Wit et al., 2010) ed anche possibilità significativamente maggiore di sviluppare una depressione nel tempo rispetto agli uomini (Blaine et al., 2008). Questi risultati sembrano essere confermati in numerosi studi (Ma J et al., 2010; Atlantis et al., 2008). Un altro dato rilevante riguarda i trattamenti, infatti, il miglioramento di una delle due condizioni, depressione e obesità, sembra avere effetti positivi anche sull'altra.

- *Ansia*: rispetto al rapporto tra ansia e obesità, gli studi mostrano risultati contrastanti. Alcune ricerche riportano risultati significativi, molto simili a quelli ottenuti indagando la relazione tra depressione e obesità (Guedes et al., 2013); altri, invece, mostrano una correlazione soltanto con il disturbo da attacco di panico (Simon et al., 2006). La metanalisi di Garipey et al., 2010, tra gli altri risultati, mostra che l'associazione tra ansia e obesità è più forte nella popolazione con obesità severa (BMI > 35) rispetto agli individui con sovrappeso e obesità lieve.

- *Disturbi di personalità*: in letteratura sembrano essere presenti evidenze di una maggior incidenza di disturbi di personalità, specialmente quelli del cluster C del DSM 5 (evitante, dipendente ed ossessivo), nella popolazione obesa, con delle differenze in base al genere e il grado di obesità (Gerlach et al., 2016). I ricercatori hanno notato che la prevalenza di disturbi di personalità incrementa all'aumentare del peso (parte dal 11,4% nella popolazione normopeso, fino ad arrivare al 23,4% nei soggetti con obesità di 3 grado) e c'è una prevalenza maggiore di disturbi di personalità evitante e antisociale nelle donne obese (Gerlach et al., 2016).

- *Binge Eating Disorder (BED)*: in italiano *Disturbo da Alimentazione Incontrollata*, è una diagnosi che rientra nella categoria "*Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione*" del DSM 5. Come visibile nella Tabella 3, ci sono criteri ben definiti per diagnosticare questo disturbo caratterizzato principalmente dalla presenza di episodi ricorrenti di abbuffate compulsive, cioè mangiare compulsivamente una grande quantità di cibo sentendo una sorta di perdita del controllo sulla capacità di fermarsi o controllarsi. Benchè le caratteristiche di questo disturbo possano far pensare ad un'altissima prevalenza nella popolazione obesa, in realtà gli studi mostrano che solo il 5% di persone con BED sono obese. Questa prevalenza aumenta però drasticamente nelle persone obese che cercano un trattamento per l'obesità, infatti, è stimato

che il 33-47% degli individui che chiedono un trattamento chirurgico per l'obesità hanno una diagnosi BED, così come è presente nel 70% degli obesi che partecipano ai gruppi di sostegno (de Zwaan et al., 2001).

Tabella 3. Criteri DSM-5 per la diagnosi di Disturbo da Alimentazione Incontrollata

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:
B. mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili
C. un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
D. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi: <ul style="list-style-type: none"> - mangiare molto più rapidamente del normale - mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni - mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando - sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.
E. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo
F. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.
G. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.
<i>Specificare se:</i> in remissione parziale: i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è scesa da tempo al disotto di un episodio a settimana. in remissione totale: tutti i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.
<i>Specificare la gravità attuale:</i> il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media degli accessi di <i>binge eating</i> (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale., lieve: 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; moderata: 4-7 episodi/settimana; grave: 8-13 episodi/settimana; estrema: ≥ 14 episodi/settimana.

Come detto in precedenza, non è ancora possibile stabilire una connessione causale tra i quadri psicopatologici sovraesposti e l'obesità, dunque non è possibile sapere in che misura i fattori psicopatologici contribuiscono alla sua eziopatogenesi.

Al di là della psicopatologia sono stati studiati ed esplorati altri fattori e fenomeni psicologici presenti nella condizione di obesità. Uno dei fattori psicologici legato all'obesità è il *locus of control*, (Rotter, 1954) costruito che indica il grado in cui un individuo crede che la sua vita sia sotto il suo controllo (locus of control interno) o dipenda da cause esterne non legate alla sua volontà (locus of control esterno). Nell'ambito della salute la dimensione del locus of control è stata studiata soprattutto come determinante dei comportamenti di salute, in quanto è evidente che quanto più si ritiene che la propria salute possa essere determinata dai propri comportamenti, tanto più ci si pone attenzione (Solano, 2013). Allo stesso modo il locus of control risulta correlato all'obesità in quanto è determinante il modo in cui la persona pensa che si regola il proprio ciclo di fame/sazietà e come coglie i segnali provenienti dall'interno e dall'esterno (Neymotin et al., 2014). Ad oggi, gli studi mostrano una correlazione tra livelli di obesità e locus of control esterno, ma non è possibile stabilire un rapporto di causalità.

Un altro fattore psicologico molto studiato nell'ambito dell'obesità è l'*impulsività*, definita come tendenza ad agire senza un'adeguata riflessione e predisposizione a reazioni rapide e non pianificate in risposta agli stimoli interni ed esterni senza tener conto delle conseguenze. L'impulsività ha un ruolo nello sviluppo e mantenimento dell'obesità in quanto è legata all'assunzione eccessiva di cibo senza un pensiero sulle conseguenze (Kulendran et al., 2017) e ad altri comportamenti maladattivi legati all'obesità (Brauhardt et al., 2014).

Inoltre, numerosi fenomeni psicologici sono legati all'obesità, tra questi, è stato visto che i soggetti obesi, soprattutto nelle società occidentali sono esposti a *weight bias*- pregiudizio sul peso- e sono vittime di atteggiamenti negativi e discriminatori che influenzano le relazioni interpersonali e lo status di malessere della persona. Il *weight bias* si esprime ad esempio sotto forma di atti di bullismo, per lo più tramite il contatto fisico e la violenza psicologica resa possibile dall'uso delle nuove tecnologie (cyberbullismo via web e cellulare) e i giovani in sovrappeso e obesi sono maggiormente vittime di questo fenomeno rispetto ai loro compagni normopeso (Geel MV et al., 2014). Una review di Wu e Berry (2017), analizzando 33 studi, ha mostrato che il weight stigma porta effetti sfavorevoli su vari fattori come l'autostima e la soddisfazione rispetto alla propria immagine corporea che risultano essere significativamente più basse quando lo stigma è molto alto.

Inoltre, gli individui obesi sono maggiormente soggetti a vittimizzazione relazionale o isolamento sociale, ossia la conseguenza psicologica naturale indotta in individui negativamente additati, considerati "diversi" dagli stereotipi dominanti. Bacchini e colleghi (2015) hanno condotto uno studio su un gruppo di bambini e adolescenti classificati normali, sovrappeso, moderatamente o severamente obesi, da cui risulta che il sottogruppo dei bambini

severamente obesi ha sofferto maggiormente di vittimismo verbale, fisico e di esclusione dal gruppo rispetto agli altri sottogruppi.

La stigmatizzazione non è presente solo nel contesto sociale più ampio, ma anche nelle relazioni familiari; si osservano, infatti, conseguenze dello stigma nei rapporti interpersonali anche all'interno della famiglia (Pearce MJ et al., 2002). Uno studio ha indagato lo stigma legato al peso e le fonti del pregiudizio in un campione di 2.400 donne adulte obese ed ha rilevato che i familiari ne rappresentavano la percentuale più alta: il 72% delle donne ha, infatti, affermato che lo stigma arrivava dai componenti della propria famiglia ed il 62% ha rivelato che i familiari le avevano stigmatizzate in più occasioni (Puhl R et al., 2006).

Un recente filone di studi, inoltre, si è concentrato sullo studio di *eventi avversi in infanzia* (adverse childhood experiences- ACEs) e obesità, mostrando che l'esposizione ad eventi traumatici in età infantile risulta essere un predittore dello sviluppo di obesità in età adulta (Palmisano et al., 2016). Lo studio Noll et al., (2007) ha confrontato un campione di donne che avevano subito abusi sessuali in infanzia con un campione di controllo, ritrovando che il campione di donne abusate era significativamente più obeso del controllo. Questo risultato è confermato dallo studio di Rohde et al., (2008) che ha ritrovato che i soggetti che avevano subito abusi sia sessuali che fisici erano significativamente più obesi dei controlli.

Ulteriori fattori psicologici sono esposti successivamente nel paragrafo 1.5 "La valutazione psicologica nella chirurgia bariatrica".

Alla luce di quanto esposto, è importante porre attenzione ai fattori psicologici sia per gli interventi di prevenzione all'obesità, che non possono dunque essere focalizzati soltanto su trattamenti dietetici, ma anche nel trattamento degli individui obesi in quanto non si può eludere l'aspetto psicologico per ottenere dei risultati.

1.3 Trattamenti per l'Obesità

A determinare la condizione di obesità sono diversi fattori: nutrizionali, endocrinologici, socio-culturali e psicologici, ragion per cui per la cura dell'obesità è necessaria la presenza di un approccio multidisciplinare. Ci sono vari passaggi che si seguono nel trattamento del paziente obeso, che variano in base alla storia personale del paziente, la gravità dell'obesità, la condizione medica, la qualità della vita e lo status psicologico.

Solitamente il primo passo è iniziare un *trattamento dietetico* che dovrebbe avere come obiettivo non solo il caso di peso, ma anche l'educazione alimentare. Così come raccomandato

dagli “Standard Italiani per la Cura dell’Obesità” (SIO/ ADI, 2013), un fisiologico e ragionevole calo ponderale in soggetti obesi prevede una perdita del 10% del peso iniziale in un periodo compreso tra i 4 e 6 mesi; la perdita di peso deve essere, infatti, graduale, per essere una reale modificazione della percentuale di massa grassa piuttosto che di liquidi e massa magra. Solo in caso di obesità di terzo grado la perdita di peso iniziale dovrebbe essere superiore al 10%. Il trattamento dietetico solitamente comprende l’impostazione di un regime alimentare sano ed equilibrato che comprenda una grande varietà di alimenti, ma ben proporzionati nell’arco della giornata: ad esempio i carboidrati dovrebbero costituire il 55% dell’energia totale della dieta, mentre la percentuale di grassi non dovrebbe superare il 30% (divisi equamente tra grassi saturi ed insaturi).

Ad oggi è ancora attivo il dibattito all’interno della comunità medico-scientifica circa l’efficacia delle cosiddette diete “chetogeniche”, cioè con un bassissimo consumo di carboidrati e lipidi ma con un apporto proteico superiore al bisogno medio generale. Questo tipo di dieta sembra dare risultati promettenti nel breve termine, sia rispetto alla diminuzione di peso, sia rispetto alla capacità di attività fisica, ma ci sono ancora dubbi rispetto ai risultati a lungo termine (Murphy & Jenkins, 2019).

Il trattamento dietetico in ogni caso non risulta essere sufficiente se non è associato ad *un’attività fisica* adeguata all’età e alle condizioni cliniche del paziente. È stato dimostrato che l’attività fisica, associata ad un regime alimentare corretto, non solo è importante nella perdita di peso, ma è fondamentale per il mantenimento del peso raggiunto; i livelli di attività fisica svolta sono risultati essere spesso il miglior predittore del mantenimento del peso dopo un calo ponderale significativo (Tate et al., 2007). Trattamento dietetico e introduzione e/o implementazione dell’attività fisica dovrebbero rientrare all’interno di un programma educativo ampio che mira a modificare in generale lo stile di vita della persona e a dare informazioni circa le abitudini corrette.

L’**educazione terapeutica** è un passo importante che deve permettere al paziente di acquisire le conoscenze sulla malattia e sulla sua gestione e di modificare comportamenti ad essa correlati per ottenere una migliore gestione della stessa, inoltre permette di cogliere e gestire gli aspetti psicologici correlati con la malattia stessa e quindi, accanto al ruolo di informazione sulla gestione pratica della patologia, l’educazione si propone di contribuire a migliorare la qualità della vita (Shaw et al., 2005).

L’educazione terapeutica è per lo più svolta tramite la **terapia comportamentale** che comprende qualsiasi metodo volto a modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita e che può essere ampliata da tecniche cognitive che vanno a lavorare anche sulle preoccupazioni e i

pensieri inerenti alla propria immagine corporea e la volontà di cambiare. Uno studio di Samdal et al., 2017 ha mostrato che alcune tecniche di terapia comportamentale risultano efficaci nel trattamento dell'obesità, ma che esiste una grande eterogeneità di tecniche che necessitano di essere meglio definite. Queste tecniche tengono conto soprattutto dei processi mentali consci e non possono affrontare aspetti inconsci e soggetti a resistenze; dunque, per un intervento psicologico completo si dovrebbe ricorrere anche a una terapia psicodinamica che vada a trattare questi aspetti.

La terapia comportamentale per lo più si concentra su alcuni aspetti quali: la motivazione, il problem solving e l'empowerment. Una tecnica comportamentale che risulta essere molto efficace è il diario alimentare, detto anche self-monitoring, che consiste nella registrazione su un diario della quantità e la qualità del cibo assunto, oltre all'ora, il luogo e le circostanze (ambientali, interpersonali, emotive) che hanno influenzato il comportamento alimentare (Peterson et al., 2014). Negli ultimi anni questa tecnica si sta sviluppando anche tramite l'uso dei social media che stanno diventando un potenziale strumento per gli interventi nella salute e per il miglioramento dell'aderence nei trattamenti. Risulta essere efficace la consegna del programma di calo ponderale e self-monitoring tramite social (Jane et al., 2015).

Quando la dieta, l'esercizio fisico e la terapia comportamentale risultano inefficaci, si affianca un *trattamento farmacologico*. Sono stati studiati negli ultimi 25 anni più di 120 farmaci per il trattamento dell'obesità, ma in Italia solo uno è stato approvato per la terapia a lungo termine, mentre gli altri sono stati ritirati perché dannosi per la salute. L'unico farmaco approvato è l'*Orlistat*, un inibitore della lipasi gastrointestinale che porta alla escrezione del 30% dei grassi ingeriti. Ad ogni modo si ritiene che l'efficacia dei farmaci anti-obesità sia modesta, con una perdita di peso minore di 5 kg, sottratto l'effetto placebo, dopo 1 anno di trattamento. La sospensione della farmacoterapia, così come la sospensione degli altri interventi terapeutici, si accompagna a un recupero del peso perso (Rucker et al., 2007).

Quando tutti i trattamenti precedentemente esposti falliscono ed il soggetto obeso presenta caratteristiche ben definite dalla comunità scientifica (che vediamo in seguito) si può valutare il *trattamento chirurgico* dell'obesità. La chirurgia bariatrica risulta essere più efficace degli altri trattamenti per la perdita di peso ed ha effetti notevoli anche sulle comorbilità associate all'obesità (Colquitte et al., 2014), ma non è sempre una soluzione applicabile.

1.4 Focus sulla chirurgia bariatrica

La chirurgia bariatrica (dal greco *baros*: peso) è un trattamento per l'obesità applicabile ad individui con determinate caratteristiche, come definito dalla Consensus Development

Conference del National Institutes of Health (1991), che rappresenta la pietra miliare delle linee guida internazionali per la terapia chirurgica dell'obesità. Bisogna rispettare i seguenti criteri:

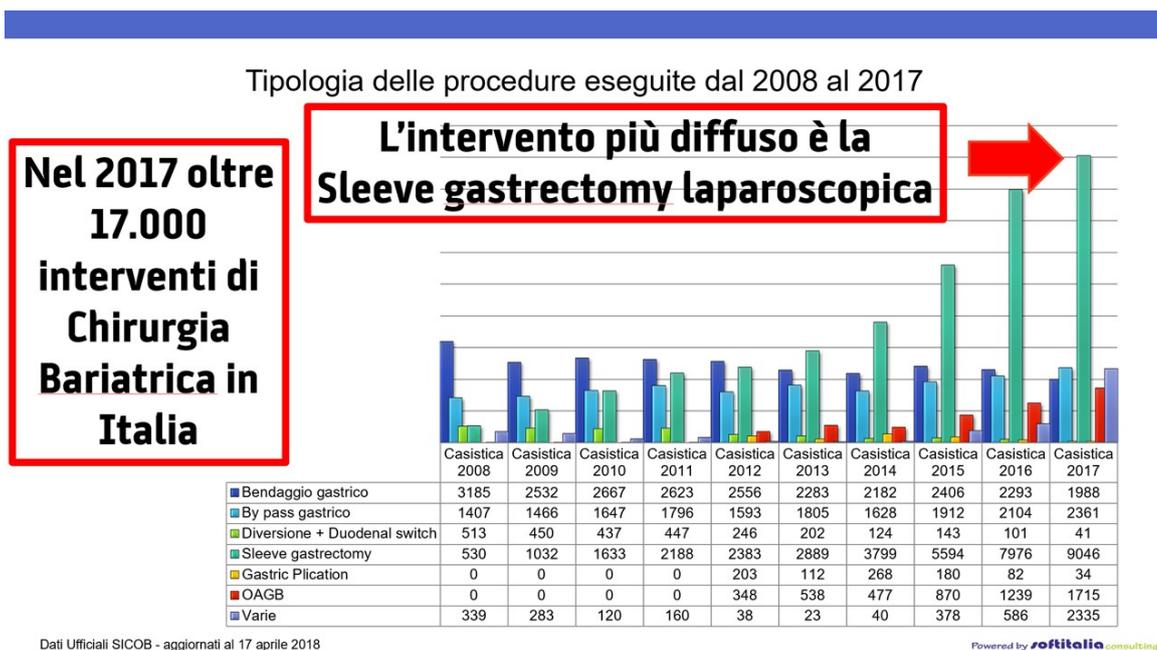
- la chirurgia può essere presa in considerazione solo in pazienti opportunamente informati e motivati, in cui il rischio operatorio è accettabile e dopo il fallimento di programmi integrati di trattamenti non chirurgici (dieta, esercizio fisico, terapie comportamentali);
- i candidati potenziali sono i pazienti con un BMI superiore a 40;
- altre possibili indicazioni sono i pazienti con un BMI tra 35 e 40 che hanno comorbidità ad alto rischio o problemi fisici che interferiscono con una normale qualità della vita;
- i pazienti devono essere capaci di partecipare ai programmi di trattamento e di follow-up a lungo termine.

Questi criteri generali devono essere applicati per qualsiasi tipo di intervento di chirurgia bariatrica; vediamo di seguito, in breve, tutti gli interventi ad oggi esistenti, divisi per tipologia:

1. ***Interventi restrittivi***, hanno lo scopo di “ridurre” la porzione di stomaco utilizzabile in modo da avere la sensazione di sazietà con una quantità di cibo inferiore:
 - Bendaggio gastrico regolabile (AGB)
 - Gastroplastica verticale
 - Gastrectomia verticale (Sleeve gastrectomy)
2. ***Interventi ad azione malassorbitiva*** con l'obiettivo di ridurre la quantità di grassi e amidi che vengono normalmente assorbiti dall'intestino, ottenendo così un calo di peso:
 - Deviazione biliopancreatica (BPD)
3. ***Interventi ad azione sia restrittiva sia funzionale*** che sono detti anche “***interventi misti***”, in quanto agiscono sia con un'azione di restringimento dello stomaco, sia con un'azione metabolica:
 - By-pass gastrico

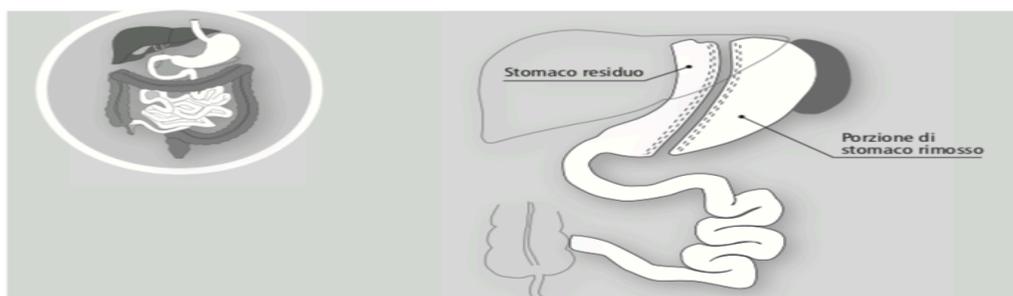
In Italia, negli ultimi anni sempre più obesi ricorrono alla chirurgia così come riportato dalla Società Italiana per la Chirurgia dell'Obesità (SICOb) nel 2017 sono stati eseguiti 17.000 interventi di chirurgia, quasi raddoppiando la casistica del 2002. Come riportato in Tabella 4, l'intervento di *Sleeve Gastrectomy* è il più diffuso, a cui segue la procedura di *Bypass Gastrico*. Di seguito spiegheremo brevemente soltanto la procedura di *Sleeve Gastrectomy*.

Tabella 4. Tipologia di procedure eseguite dal 2008 al 2017. Dati ufficiali



Nell'intervento di *Sleeve Gastrectomy* (Immagine 1) si esegue una riduzione permanente dello stomaco di circa il 80-90% del suo volume totale, lasciando quindi un tubulo gastrico che ha la forma di una manica (da qui il termine *sleeve*). In questa procedura non viene minimamente toccato l'intestino evitando così alterazioni nella digestione e nell'assorbimento dei cibi. Quello che garantisce la riduzione di peso è la restrizione della quantità del cibo ingerito in quanto c'è una drastica riduzione del volume dello stomaco, inoltre si ha una riduzione dell'azione degli ormoni della fame, grelina e leptina, i cui recettori sono presenti nella parte dello stomaco che viene rimosso, comportando così una riduzione della fame.

Immagine 1. Intervento di Sleeve Gastrectomy:



L'intervento chirurgico rappresenta solo una parte del trattamento, in quanto sia nel pre-operatorio che nel post-operatorio ci sono dei passaggi fondamentali che, la persona che vuole sottoporsi a chirurgia bariatrica, deve svolgere. Il successo della chirurgia è, infatti, determinato da un percorso terapeutico multidisciplinare che vede la partecipazione di chirurgo, dietologo, psicologo ed endocrinologo. La valutazione e il controllo multidisciplinare rappresentano degli elementi irrinunciabili del processo diagnostico-terapeutico.

Così come riportato dalla Linee Guida SICOOb del 2016, i pazienti devono svolgere un percorso diagnostico ben strutturato che prevede:

- valutazione antropometrica dei pazienti candidabili a chirurgia bariatrica che include il BMI, l'età e la comorbidità: per quanto riguarda l'età, può essere considerata sicura fino ai 65 anni, tuttavia è possibile estendere l'indicazione oltre tale limite valutando il rapporto rischio/ beneficio per singolo caso. Esiste evidenza di efficacia anche in età evolutiva (fra i 14 e i 18 anni);
- test di laboratorio minimi: glicemia, creatininemia, ALT, AST, gammaGT, CPK, uricemia, albuminemia, elettroliti, quadro lipidico, emocromo, ferritina, transferrina, sideremia, vitamina B12, folati, vitamina D, PT, PTT, emoglobina glicata e, nella donna fertile in cui per anamnesi non possa essere escluso il rischio, il test di gravidanza;
- ECG e Rx torace;
- indagine sulla presenza di Apnee ostruttive notturne con test clinici e polisonnografia nei casi indicati dalla presenza di sintomi e segni;
- valutazione composizione corporea;
- esami non obbligatori, ma raccomandati in alcuni pazienti: screening preoperatorio per ipotiroidismo, esofagogastroduodenoscopia (EGDS), ecografia addominale;
- valutazione dietologica: cenni anamnestici in particolar modo riguardanti la familiarità e la storia dell'obesità (età di esordio, tipi di diete precedentemente seguite, uso di farmaci anoressizzanti o inibitori delle lipasi); verifica delle abitudini alimentari del paziente, attraverso la compilazione del diario alimentare settimanale; caratteristiche antropometriche quali: peso, altezza, BMI, circonferenza vita, rapporto vita/fianchi;
- valutazione psicologica, per esaminare la motivazione, le aspettative e l'aderenza;
- valutazione psichiatrica, quando necessaria.

1.5 La valutazione psicologica nella chirurgia bariatrica

Sin dalle prime linee guida del NIH del 1991 fino alle più recenti sia nazionali (SICOb, 2006) che internazionali (IFSO, 2007) è previsto per il paziente obeso, candidato a chirurgia bariatrica, un'approfondita valutazione pre-operatoria dello stato mentale per due motivi principali:

1. per individuare l'eventuale presenza di quadri psicopatologici gravi che rappresentano una controindicazione alla chirurgia bariatrica;

2. per indagare alcuni tratti, attitudini psicologiche e comportamentali che, pur non costituendo un quadro clinico di rilevanza diagnostica, giocano un ruolo importante nel determinare l'esito dell'intervento e il benessere del paziente.

Rispetto al primo punto è necessario andare ad identificare disturbi psichiatrici maggiori ascrivibili all'Asse I e II del DSM IV-TR, infatti, è stato visto che:

- il *Disturbo d'Ansia e/o di Depressione* è indice predittivo negativo per il risultato della chirurgia bariatrica tanto che è emerso che i pazienti obesi che si sono sottoposti ad intervento con un disturbo ansioso e/o depressivo hanno perso significativamente meno peso rispetto a quelli senza diagnosi di comorbidità psichiatrica; i risultati sottolineano però l'importanza di affrontare prima queste problematiche, con programmi psichiatrici di sostegno, in modo tale da non risultare una controindicazione all'intervento (Legenbauer et al., 2009);

- il *Disturbo Bipolare* è considerato una controindicazione assoluta alla chirurgia bariatrica, per le sue caratteristiche sintomatologiche e per la difficoltà a stabilizzare il trattamento farmacologico nel post-intervento;

- la *Schizofrenia* è considerata anch'essa una controindicazione alla chirurgia bariatrica. Esistono pochi studi scientifici sul trattamento dell'obesità patologica in questa popolazione, uno di questi da però buoni risultati e speranze: sono stati studiati 5 pazienti con obesità e diagnosi di schizofrenia sottoposti a chirurgia bariatrica e la perdita di peso è stata confrontata con 165 pazienti senza diagnosi psichiatriche in comorbidità. Occorre per prima cosa non sospendere i farmaci antipsicotici per tenere sempre sotto controllo la schizofrenia, anche se quelli più recenti come controindicazione hanno l'aumento di peso ed è necessario un follow-up più accurato. I risultati sono comunque incoraggianti, in quanto la perdita di peso in seguito a chirurgia bariatrica è paragonabile a quella ottenuta dal gruppo di controllo (Hamoui et al., 2004);

- *l'abuso e la dipendenza da alcol* sono considerate controindicazioni per la chirurgia bariatrica, sia per le caratteristiche psicopatologiche che per quelle fisiopatologiche; secondo

uno studio che ha esaminato i dati più rilevanti sull'uso, l'abuso e la dipendenza da alcool in pazienti bariatrici pre e post operatori è emerso che chi richiede tali interventi molto spesso presenta un disturbo da consumo di alcool, che i cambiamenti a livello fisiologico che seguono l'intervento chirurgico possono modificare la vulnerabilità al consumo problematico di alcool e infine che molti pazienti continuano a consumare alcool anche successivamente all'intervento, riportando una maggiore sensibilità agli effetti inebrianti dell'alcool . In conclusione, si sostiene la necessità di uno screening accurato del paziente che si candida per la chirurgia, una valutazione degli eventuali rischi e un percorso preoperatorio e post-operatorio che possa contenere e gestire le eventuali problematiche (Heinberg et al., 2012);

- i *disturbi del comportamento alimentare* possono costituire una controindicazione per l'alto rischio post-operatorio. In caso di Anoressia nervosa presente in anamnesi c'è un elevato rischio che a seguito di intervento ci sia una ricaduta con sintomi anoressici, trasformando il dimagrimento previsto in "inarrestabile"; similmente in caso di Bulimia nervosa si possono ripresentare i sintomi che oltre ad essere dannosi perché procurano un eccessivo dimagrimento, portano complicanze a livello gastrico ed esofageo a causa del vomito autoindotto. Rispetto al BED, non è presente nelle linee guida come una controindicazione assoluta, ma l'approccio largamente condiviso è di eseguire l'intervento solo se è in atto un trattamento psicoterapeutico che continui anche nel post-operatorio.

In presenza di questi quadri psicopatologici, l'intervento di chirurgia bariatrica è in linea generale controindicato e l'indicazione all'intervento può essere posta solo eccezionalmente per gravi motivi medici (*prognosi quod vitam infausta* per motivi legati all'obesità). È fondamentale in questi casi che il paziente sia trattato adeguatamente e continuativamente in modo da avere sintomi sufficientemente stabilizzati. La decisione finale deve tener conto, infatti, della reale possibilità del paziente di proseguire con efficacia le terapie psicofarmacologiche in atto nel post-operatorio, considerando che alcuni tipi di intervento vanno ad interferire con l'assorbimento dei farmaci. Bisogna, inoltre, valutare le condizioni socio-economiche del paziente e il livello di supporto familiare e sociale per accertarsi che il paziente sia aiutato e seguito da persone a lui vicine nel post-operatorio anche nell'affrontare i frequenti follow-up clinici richiesti e le terapie di supplementazioni nutrizionale necessarie.

Rispetto, invece, al punto 2 (valutazione di tratti psicologici e comportamenti non di rilevanza diagnostica), lo psicologo impegnato nella valutazione pre-operatoria deve valutare:

- *Storia del peso corporeo*: è necessario che si vadano a stabilire eventuali nessi cronologici tra importanti incrementi e decrementi ponderali ed eventi della vita del paziente e riflettere su questi nessi. Inoltre, è importante esplorare il peso minimo e massimo raggiunto dal paziente e il peso ritenuto accettabile nel post- intervento.
- *Storia dei trattamenti dietetici*: è importante conoscere quando il paziente ha iniziato dei trattamenti dietetici per capire quali fattori principalmente lo hanno portato alla ricerca del calo ponderale. Bisogna, poi, conoscere quanti e quali tentativi sono stati fatti dal paziente e i risultati raggiunti cercando di capire, in termini cognitivi ed emotivi, le difficoltà incontrate nel trattamento e nel mantenimento dei risultati ottenuti.
- *Comportamento alimentare*: esistono vari quadri di condotta alimentare che è opportuno modificare prima dell'intervento, considerando che il rapporto con il cibo è più o meno sempre legato allo stato emotivo del paziente è importante conoscere quali pattern alimentari mette in atto. L'*emotional eating*, cioè il ricorso al cibo per placare emozioni non gestibili altrimenti, è molto diffuso ed è necessario riconoscerlo e modificarlo prima dell'intervento. Ulteriori comportamenti alimentari disfunzionali da indagare sono: *iperfagia prandiale*; pilucchiamenti frequenti (*grazing*); frequenti infra-pasto (*snaking*); bramosie selettive per alcuni alimenti, tipo la cioccolata (*craving e/o sweet eating*); abbuffate compulsive (*binge eating*).
- *Motivazione*: questo elemento è di fondamentale importanza, tutti i pazienti che si rivolgono ad un centro per la chirurgia sembrano fortemente intenzionati a procedere ma è necessario indagare approfonditamente la capacità del paziente di attuare comportamenti diretti allo scopo nel tempo (valutazione della compliance).
- *Aspettative*: è importante aiutare i pazienti ad avere aspettative realistiche di dimagrimento, che spesso sono "magiche", considerando che la maggior parte dei fallimenti delle diete proviene proprio dall'insoddisfazione soggettiva per i risultati. L'esplorazione delle aspettative non deve riguardare soltanto il dimagrimento, ma anche altri aspetti della vita poiché molti pazienti si aspettano che con la risoluzione dell'obesità spariscano anche altri problemi come, problemi familiari, sociali,

lavorativi. La delusione di queste aspettative può portare a una perdita di motivazione e al conseguente fallimento dell'intervento. Spesso è necessario associare al programma bariatrico altri trattamenti terapeutici.

- *Capacità di aderire alle prescrizioni (adherence)*: questa capacità risente dell'influenza di numerosi fattori tra i quali: l'umore depresso, scarso supporto sociale e familiare, difficoltà cognitive, storia precedente di scarsa adesione alle prescrizioni e trattamenti ed entità del cambiamento richiesto soprattutto in termini di modificazione dello stile di vita.
- *Immagine corporea*: è un costrutto psicologico che comprende aspetti percettivi, emotivi e valutativi legati al proprio aspetto fisico ed ha effetti sul funzionamento sociale e relazionale. Poichè un'immagine corporea negativa è il fattore determinante nel motivare i soggetti obesi ad intraprendere un percorso di dimagrimento, un approccio psicologico, sia in fase diagnostica che nel corso del trattamento, non può prescindere da un'attenta valutazione degli aspetti legati all'insoddisfazione e alla svalutazione del corpo, alle preoccupazioni ossessive per il proprio aspetto e alle aspettative irrealistiche affidate alla perdita di peso. È utile valutare quanto il cambiamento del corpo, indotto dalla chirurgia bariatrica, si possa effettivamente tradurre in un miglioramento dello stato mentale e della qualità di vita nel post-operatorio e quanto, invece, possa determinare l'insorgenza di patologie psichiatriche se, al contrario, dovesse essere una difesa del soggetto rispetto ad altre problematiche strutturali dell'identità. Inoltre, il disturbo dell'immagine corporea deve essere oggetto di attenta valutazione, potendo rappresentare un fattore che predispone allo sviluppo di comportamenti alimentari patologici.
- *Qualità della vita*: oltre ad essere importante la valutazione della qualità della vita nella fase pre-operatoria, perché fornisce informazioni circa le motivazioni all'intervento, è fondamentale ripeterla nel follow-up in quanto è un indicatore di esito molto importante.

La valutazione psicologica del paziente che richiede l'intervento di chirurgia bariatrica viene eseguita tramite colloqui e l'impiego di questionari psicodiagnostici. Il paziente che si sottopone a chirurgia bariatrica oltre ad essere valutato nella fase pre-operatoria, deve poi essere

accompagnato durante tutte le fasi della chirurgia e soprattutto nei follow-up. La chirurgia, infatti, porta numerosi cambiamenti nella vita del paziente che vanno al di là del mero dimagrimento e i pazienti devono essere seguiti in questo lungo percorso che non termina con l'intervento, anzi inizia proprio da lì.

CAPITOLO II

L'ALESSITIMIA

2.1 L'alessitimia: breve storia e definizione del costrutto

Il termine alessitimia (dal greco *a*= mancanza, *lexis*= parole, *thymos*= emozioni) è stato coniato da Sifneos (1973) per definire un cluster di caratteristiche che aveva notato nei pazienti affetti dalle cosiddette malattie psicosomatiche classiche¹. Già due decenni prima, Ruesch (1948) e MacLean (1949) avevano osservato che i pazienti “psicosomatici” avevano una difficoltà a descrivere verbalmente i propri sentimenti e avevano suggerito che le malattie psicosomatiche potessero essere il risultato di stati disregolati di arousal emotivo che coinvolgono i processi corporei proprio a causa di un deficit nella capacità di rappresentare le emozioni attraverso il linguaggio.

Nemiah e Sifneos (1970), a partire dalle osservazioni dei due studiosi precedenti, iniziarono a condurre indagini sistematiche sui pazienti con malattie psicosomatiche e notarono che quasi la totalità dei soggetti intervistati mostravano difficoltà ad identificare e descrivere i loro sentimenti, avevano una vita immaginativa povera, o in alcuni casi assente, e uno stile di pensiero orientato all'esterno. Quest'ultima caratteristica sembrava richiamare un concetto introdotto da Marty e M'Uzan (1963), chiamato *pensée opératoire* (pensiero operatorio), osservato in pazienti con malattie fisiche.

A partire dalla prima descrizione, il concetto di alessitimia, destò notevole interesse soprattutto associato alle malattie psicosomatiche, infatti, nel 1976 fu il tema principale del 11th European Conference on Psychosomatic Research (ECPR) tenutasi ad Heidelberg, in Germania. Durante questa conferenza fu riconosciuta l'importanza di dare una definizione precisa del costrutto dell'alessitimia e la necessità di creare strumenti validi e affidabili per la sua misurazione.

Un notevole contributo allo studio e alla definizione del costrutto venne da un gruppo di ricerca clinica e psicométrica di Toronto, composto da Graeme Taylor, Michael Bagby e James D.A. Parker che hanno definito l'alessitimia come un costrutto di personalità composto dalle seguenti caratteristiche (Taylor et al., 1990):

¹ Le malattie psicosomatiche classiche erano l'ipertensione, l'asma bronchiale, l'ipertiroidismo, l'ulcera peptica, la colite ulcerosa, l'artrite reumatoide e le neurodermatiti.

- Difficoltà ad identificare i sentimenti, a distinguere un sentimento dall'altro, e i sentimenti da sensazioni derivanti da alterazioni somatiche non emozionali;
- Difficoltà nel descrivere i propri sentimenti ad altri;
- Stile cognitivo legato allo stimolo e orientato all'esterno. Scarsa introspezione, scarsa attenzione al mondo interno proprio e degli altri. Difficoltà nel cogliere gli aspetti emotivi e motivazionali delle situazioni, si registra semplicemente lo svolgersi degli eventi, si cerca di capire cosa accade attraverso nessi concreti;
- Processi immaginativi coartati, con scarsità di vita fantasmatica.

Sono state, inoltre, riscontrate alcune caratteristiche definite "accessorie", perché non sempre sono presenti: Nemiah (1978) ha riscontrato come i soggetti alessitimici possano dare un'impressione di pseudonormalità, di "seguire un manuale di istruzione", di conformismo, e a volte presentano amimia. Apfel e Sifneos (1979) considerano come ulteriori aspetti alessitimici la tendenza a esprimere le emozioni tramite l'azione, la presenza di sintomi somatici, di amnesie e l'oscillazione tra comportamento evitante e dipendente. Krystal (1979) sostiene che i soggetti alessitimici mostrano ridotta capacità empatica, associata alla difficoltà ad utilizzare, come segnali, le emozioni proprie o altrui.

Prima di procedere con l'inquadramento teorico dell'alessitimia, è importante una precisazione concettuale rispetto alla differenza tra "emozioni" e "sentimenti" in quanto purtroppo molto spesso i due termini sono usati come sinonimi erroneamente. Gli studiosi (Damasio, 2003; LeDoux, 1996) fanno un'importante distinzione: le *emozioni* sono eventi fisici, riguardano il corpo e sono quasi sempre visibili dagli altri tramite il mutamento di espressioni facciali o altri cambiamenti del corpo; i *sentimenti*, invece, riguardano la mente, spesso non sono visibili, ma sono percepiti solo dalla persona che li sperimenta. I due fenomeni sono però collegati, in quanto i sentimenti sono sempre preceduti dalle emozioni, infatti, i sentimenti sono il risultato di una rappresentazione mentale dell'emozione, implicano dunque un'elaborazione cognitiva dello stimolo emotivo.

Nella prospettiva scientifica è generalmente condiviso che la risposta emotiva e la regolazione delle emozioni nell'uomo dipende da tre sistemi tra di loro collegati:

- *sistema neurofisiologico*: riguarda l'attivazione del sistema nervoso autonomo e la risposta neuroendocrina successiva;
- *sistema motorio ed espressivo*: ad esempio, espressioni facciali, modifiche della postura e del tono della voce;

- *sistema cognitivo-esperienziale*: consapevolezza soggettiva e descrizione verbale degli stati affettivi.

L'alessitimia, dunque, si viene a connotare come una mancanza di collegamento tra il livello cognitivo-esperienziale e quelli neurofisiologico e motorio-espressivo, essendo un deficit dell'area dell'elaborazione cognitiva. I soggetti con alti livelli di alessitimia, infatti, non sono privi di emozione, anzi sono perfettamente in grado di utilizzare anche termini emotivi e che si rifanno all'affettività, ma hanno piuttosto difficoltà a definire e distinguere tra loro gli stati emotivi differenziati.

Un modello molto utile per la comprensione dell'alessitimia è stato fornito da Wilma Bucci (Bucci, 1997; Solano, 2013), psicoanalista americana a cui va riconosciuto il grande merito di aver messo insieme le scienze cognitive con la psicoanalisi. La Bucci ha proposto la *Teoria del Codice Multiplo* secondo cui ci sono tre sistemi fondamentali di immagazzinamento ed elaborazione delle informazioni, che operano in parallelo e sono connessi tra di loro da *nessi referenziali*:

1. *sistema non verbale non simbolico (subsimbolico)*: riguarda tutti gli stimoli motori, viscerali e sensoriali che vengono elaborati automaticamente e in modo prevalentemente non cosciente permettendo una risposta immediata agli stimoli interni ed esterni, senza l'utilizzo di simboli;

2. *sistema non verbale simbolico*: riguarda le rappresentazioni mentali definite che, pur essendo consapevoli ed organizzate in schemi e categorie, non possono essere tradotte con facilità in parole;

3. *sistema verbale simbolico*: è organizzato in modo gerarchico attraverso categorie più generali, utilizza le parole, segue le regole del linguaggio e della logica e riguarda la capacità di comunicare il proprio mondo interno agli altri e di trasmettere conoscenze.

Queste tre modalità si basano, dunque, su principi differenti, ma sono profondamente interconnesse. Ad esempio: l'emozione provocata dall'espressione di un volto (sistema non verbale non simbolico) può richiamare alla mente un'esperienza passata (sistema non verbale simbolico) ed essere comunicata agli altri tramite le parole (sistema verbale simbolico). Queste interconnessioni tra i tre sistemi sono state definite dalla Bucci "*nessi referenziali*": nei soggetti alessitimici c'è una scarsa connessione referenziale tra processi non simbolici ed elaborazione verbale (sistema verbale simbolico); l'esito finale di tale dissociazione tra sistemi è non avere parole (né immagini) per le emozioni (Solano, 2013). Alcuni studi, infatti, hanno confermato l'associazione tra alti livelli di alessitimia, presenza di sintomi somatici e scarsa attività referenziale (Di Trani et al., 2018; Taylor, 2003).

Infine, è importante sottolineare che l'alessitimia non va intesa come un fenomeno categoriale, ma piuttosto è un costrutto dimensionale che si sviluppa lungo un continuum ed è distribuita normalmente nella popolazione generale: non si parla, dunque, di soggetti "alessitimici" e "non alessitimici", ma piuttosto di soggetti con "alti livelli di alessitimia" o "bassi livelli di alessitimia".

2.2 Principali filoni di ricerca sull'alessitimia

Come si può evincere dalla storia del costrutto, inizialmente l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata sull'alessitimia nei pazienti affetti da patologie "psicosomatiche", tanto da considerarla come un tratto stabile di personalità presente solo in questo campione clinico.

Grazie alla creazione e validazioni di strumenti per l'assessment del costrutto è stato possibile esplorare l'alessitimia in altre popolazioni cliniche ed anche nella popolazione generale. In particolare, ciò è stato possibile grazie alla validazione in numerose lingue della *Toronto Alexithymia Scale* (TAS; Taylor, Ryan and Bagby, 1985) e successivamente della *20-item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20; Bagby, Parker and Taylor, 1994a), che saranno spiegate ampiamente di seguito (paragrafo 2.3).

Rispetto alla popolazione generale è stato possibile vedere che: non c'è una correlazione tra alessitimia ed età, perché gli studi mostrano risultati contrastanti (Franz et al., 2008; Moriguchi et al., 2007; Honkalampi et al., 2009); c'è una differenza di genere in quanto numerosi studi riportano livelli più alti di alessitimia negli uomini (Franz et al., 2008; Honkalampi et al., 2009); non è chiara l'associazione tra il livello culturale-scolastico e i punteggi di alessitimia anche se alcuni studi mostrano che c'è correlazione inversa tra alessitimia e livello educativo (Franz et al., 2008; Honkalampi et al., 2009).

L'alessitimia è stata esplorata empiricamente soprattutto in alcune popolazioni:

- ***Studi sulla relazione tra alessitimia e disturbi somatici***: molte ricerche svolte in tutto il mondo hanno riscontrato alti livelli di alessitimia nella patologia somatica in generale. È stato visto che alti livelli di alessitimia sono presenti: in soggetti con *disturbi gastrointestinali* (Porcelli et al., 1995, 2004, 2014; van Kerkhoven et al., 2006; Kano et al., 2007); in soggetti con *patologia cardiovascolare* (Todarello et al., 1995; Jula et al., 1999), ed in questo ambito è stato visto come l'alessitimia risulta essere un fattore di rischio per lo sviluppo di questi disturbi (Peters et al., 2007); in soggetti con *psoriasi* (Sampogna et al., 2017); in persone con *diabete*,

dove nello specifico è stato riportato che il 40% dei pazienti con diabete di tipo 2 ha alti livelli di alessitimia (Avci et al., 2016; Lemche et al., 2014); in persone con *dolore cronico* come mostra una recente metanalisi di Di Tella e Castelli (2016).

- ***Studi sulla relazione tra alessitimia e psicopatologia:*** in quest'area gli studi si sono concentrati soprattutto nell'esplorazione della relazione tra alessitimia e depressione, ansia e disturbi di personalità. Rispetto alla *depressione*, è emerso che in pazienti depressi, a livelli di alessitimia più bassi corrispondevano livelli di depressione più bassi (Grabe et al., 2008; Luminet et al., 2001); inoltre, gli studi hanno mostrato che in pazienti depressi quelli con livelli più alti di alessitimia avevano più sintomi psichiatrici rispetto a chi aveva minor alessitimia, proponendo, infatti, che l'alessitimia potesse essere un fattore di mediazione tra depressione e disturbi psichiatrici (Honkalampi et al., 2007, 2010). Riguardo, invece, al rapporto tra alessitimia e *ansia*, Izci et al. (2014) hanno osservato che il 39% dei soggetti con disturbo d'attacchi di panico riportano alti livelli di alessitimia; allo stesso modo Onur et al., (2013) hanno evidenziato come un gruppo di pazienti con attacchi di panico e un gruppo di pazienti con disturbo d'ansia generalizzato avessero livelli di alessitimia maggiori rispetto ad un gruppo di controllo sano. Infine, rispetto ai *disturbi di personalità*, l'alta alessitimia sembra essere maggiormente associata al disturbo borderline di personalità (Berenson et al., 2018; New et al., 2012).

- ***Studi sulla relazione tra alessitimia e comportamenti maladattivi:*** rispetto a questo tema, è stato ipotizzato che una disregolazione emotiva portasse all'attivazione di strategie maladattive (Aldao et al., 2010) come i comportamenti da abuso di sostanze o disordini alimentari. Alti livelli di alessitimia, infatti, sono stati trovati in soggetti con abuso da sostanze (ad esempio, Haviland et al., 1994; Thorberg et al., 2009), con disturbi del comportamento alimentare (ad esempio, de Groot et al., 1995; Nowakowski et al., 2013) e con disturbo da gioco d'azzardo patologico (Lumley et al., 1995; Toneatto et al., 2009).

Questi rappresentano soltanto i principali filoni in cui questo costrutto è stato studiato, e ovviamente l'obiettivo degli studiosi non era dimostrare una relazione causale e semplice tra l'alessitimia come unico fattore di causalità lineare nello sviluppo di patologie e comportamenti maladattivi. L'alessitimia, infatti, è considerata un costrutto transnosografico (Taylor et al., 1997) e soltanto uno dei fattori di rischio che concorre allo sviluppo di un disturbo. Data la molteplicità di disturbi ai quali l'alessitimia sembra associata, gli Autori, sostengono che sia

possibile che questo costrutto giochi un ruolo nella genesi dei sintomi; ad esempio, è possibile che il deficit alessitimico nell'elaborazione cognitiva delle emozioni può portare a stati prolungati di arousal autonomo che potrebbe aggravare i sintomi dei disturbi dell'apparato gastrointestinale, o contribuire all'iperarousal associato al disturbo d'ansia. Alcuni soggetti possono concentrarsi sulle sensazioni somatiche che accompagnano l'arousal emotivo, amplificandole; oppure alcuni soggetti possono coinvolgersi in azioni impulsive per allentare la tensione corporea. (Caretti et al., 2011). È stato, infine, suggerito che i pazienti con problemi alimentari cerchino di attenuare la sovraeccitazione e la tensione dovuta alle emozioni disregolate attraverso comportamenti come il digiuno, l'abbuffarsi o il vomitare (Goodsitt, 1983).

2.3 Strumenti per l'assessment dell'alessitimia

Per scopi sia clinici che di ricerca, è stato necessario operationalizzare questo costrutto tramite la creazione e validazione di strumenti per la valutazione. Ad oggi, esistono vari strumenti differenti che saranno elencati di seguito. Tra questi, ci dilungheremo sulla spiegazione degli strumenti utilizzati in questa ricerca.

- *Scale autosomministrate:*

1. **20 item- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)** (Bagby et al., 1994a): risulta essere ad oggi lo strumento più utilizzato per l'assessment dell'alessitimia e, in quanto utilizzato anche in questo lavoro, sarà dettagliatamente spiegato di seguito.
2. **Bermond-Vorst Alexithymia Scale (BVAQ)** (Vorst & Bermond, 2001).

- *Questionari eterovalutati:*

1. **Modified Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (M-BIQ)** (Bagby et al., 1994b): questionario di 12 item derivato da una versione precedente di Sifneos (1973). Questo questionario viene compilato dal ricercatore/clinico in base alle osservazioni effettuate durante un'intervista semistrutturata.
2. **Observer Alexithymia Scale (OAS)** (Haviland et al., 2000): è una scala composta da 33 item che deve essere compilata o da clinici professionisti o da persone che conoscono molto bene il soggetto da valutare (ad esempio, un parente).

- *Interviste Strutturate*:

1. ***Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)*** (Fava et al., 1995): sono criteri diagnostici per identificare 12 “sindromi psicosomatiche” tra cui l’alessitimia.
2. ***Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)*** (Bagby et al., 2006): intervista semistrutturata utilizzata in questa ricerca e dettagliatamente spiegata di seguito.

- Scala Rorschach:

1. ***Rorschach Alexithymia Scale (RAS)*** (Porcelli et al., 2010): è una scala derivata dal Rorschach somministrato e siglato secondo i criteri del Comprehensive System (CS) (Exner, 1993).

Come possiamo vedere ci sono numerosi strumenti per la valutazione dell’alessitimia, tra tutti il più utilizzato è la ***20 item- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)***.

Questo questionario è giunto alla sua versione definitiva (Bagby et al. 1994a) dopo diversi anni a partire dalla prima versione (TAS a 26 item) e a differenza di come sono stati sviluppati altri strumenti, i ricercatori nella costruzione della TAS hanno seguito una metodologia standard di costruzione dei test ed hanno adottato un approccio integrato di tipo razionale ed empirico. La TAS-20 è composta da 20 item cui il soggetto deve assegnare un punteggio su scala a 5 punti, dove 1 corrisponde a “non sono per niente d’accordo” e 5 a “sono completamente d’accordo”. Dall’analisi fattoriale sono emersi 3 fattori:

- Fattore 1: *Difficoltà ad identificare i sentimenti* e distinguere tra emozioni e sensazioni corporee;

- Fattore 2: *Difficoltà a descrivere i sentimenti*;

- Fattore 3: *Pensiero orientato all’esterno*;

Rispetto alla formulazione del costrutto questo self-report non include il fattore che valuta la capacità di fantasticare e di accedere a processi immaginativi.

Da questo questionario si ottiene un punteggio per ogni fattore e un punteggio globale di alessitimia; questo punteggio totale risulta essere *distribuito normalmente* nella popolazione (Parker et al., 2008) confermando la natura dimensionale di questo costrutto. Purtroppo, però, c’è una tendenza a considerarla un costrutto categoriale e sono stati identificati dei cut-off, inizialmente stabiliti solo per individuare soggetti maggiormente a rischio di patologia, ma spesso utilizzati per fare la diagnosi di “alessitimico”: sono stati definiti *alessitimici* i soggetti

con punteggio uguale o superiore a 61, *non alessitimici* chi ha un punteggio inferiore a 51 e un'area grigia tra 51 e 61.

La TAS-20 è stata tradotta e validata in numerose lingue, confermando sempre la struttura trifattoriale: questa ampia diffusione dello strumento ha permesso un notevole progresso nella ricerca sull'alessitimia perché è stato possibile confrontare fra loro diverse culture, diversi gruppi clinici e quindi generalizzare o meno i risultati ottenuti in alcune nazioni.

Questo strumento, però, nonostante la notevole diffusione è stato ampiamente criticato in quanto presenta tutte le criticità legate ai self-report, in modo ancora più marcato. La critica principale che viene fatta ai self-report è relativa alla capacità del soggetto di autovalutarsi, soprattutto in aree in cui è deficitario; nello specifico, per quanto riguarda l'alessitimia:

“la valutazione del tratto psicologico che si intende misurare è inevitabilmente dipendente dalla volontà o possibilità del soggetto di riferire ciò che sente. Paradossalmente è proprio questa la capacità si presuppone essere deficitaria negli alessitimici” (Porcelli et al., 2005).

Dunque, viene messo in dubbio che soggetti con alti livelli di alessitimia riescano a riconoscere e riferire le loro difficoltà tramite un self-report; inoltre, come in tutti gli altri strumenti di questa tipologia bisogna considerare l'influenza della desiderabilità sociale e di meccanismi più o meno consci di negazione sull'autenticità delle risposte fornite dal soggetto.

Proprio per ovviare a queste criticità, sempre il gruppo di Toronto ha costruito e validato la ***Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)*** (Bagby et al., 2006).

Questa intervista è composta da 24 domande, molto simili agli item che compongono la TAS-20, a cui bisogna dare un punteggio tra 0, 1 o 2, dunque il punteggio totale varia da 0 a 48. È composta da 4 scale, una in più rispetto alla TAS-20:

- DIS: *Difficoltà ad Identificare i Sentimenti;*
- DDS: *Difficoltà a Descrivere i Sentimenti;*
- POE: *Pensiero Orientato all'Esterno;*
- PI: *difficoltà nei Processi Immaginativi.*

Questa struttura fattoriale permette di indagare tutti gli aspetti centrali che costituiscono il costrutto dell'alessitimia, grazie alla presenza del fattore che valuta anche la qualità dei processi immaginativi.

La principale differenza tra TAS-20 e intervista, però, non è solo la presenza del quarto fattore, ma la metodologia: la TSIA, infatti, è somministrata da un ricercatore e/o clinico esperto ed è quest'ultimo ad attribuire i punteggi che si basano non solo sulla risposta che l'individuo fornisce alla domanda principale, ma soprattutto sugli esempi che dà per dimostrare ciò che afferma. Per rendere più chiaro quanto scritto, riporteremo come esempio i primi 4 item:

FATTORE Difficoltà ad Identificare i Sentimenti. ITEM 1:

“Le capita a volte di essere in dubbio o confuso su quale emozione sta provando?”

Se Sì: *“Le capita di essere in dubbio sulle sue emozioni nella maggior parte dei casi o solo qualche volta? È mai capitato che altri dicessero che appariva in dubbio o confuso/a sul tipo di emozione che provava? Mi faccia qualche esempio.”*

Se No: *“Mi faccia qualche esempio di situazioni in cui aveva chiaro il tipo di emozioni che stava provando.”*

Esempi di punteggio per l'Item 1:

0= Il soggetto è raramente o mai in dubbio o confuso in merito alle sue emozioni.

1= Il soggetto è a volte in dubbio o confuso.

2= Il soggetto è quasi sempre in dubbio o confuso.

FATTORE Difficoltà a Descrivere i Sentimenti. ITEM 2:

“Le risulta facile di solito trovare le parole per descrivere i suoi sentimenti ad altri?”

Se sì: *“Mi dia qualche esempio di quando ha trovato facilmente le parole per descrivere i suoi sentimenti ad altri”.*

Se no: *“Quanto spesso le capita di avere difficoltà a trovare le parole per descrivere i suoi sentimenti ad altri? Le è mai capitato che altri dicessero che sembrava in difficoltà a descrivere i suoi sentimenti? Mi dia qualche esempio”.*

Esempi di punteggio per l'Item 2:

0= Gli/le risulta di solito facile trovare le parole per descrivere i propri sentimenti ad altri.

1= Gli/le risulta a volte difficile trovare le parole per descrivere i propri sentimenti e può essere accaduto che altri l'abbiano commentato.

2= Gli/le risulta quasi sempre difficile trovare le parole per descrivere i propri sentimenti e può essere accaduto che altri l'abbiano commentato

FATTORE Pensiero Orientato all'Esterno. ITEM 3:

“Trova utile prendere in considerazione i suoi sentimenti quando sta cercando di risolvere un problema personale?”

Se sì: *“Mi dia qualche esempio di situazioni in cui ha utilizzato i suoi sentimenti per risolvere un problema personale.”*

Se no: *Che approccio utilizza per risolvere i suoi problemi? Mi dia qualche esempio.*

Esempi di punteggio per l'Item 3:

0= Trova in genere utile prendere in considerazione i propri sentimenti nel cercare di risolvere problemi personali.

1= Solo occasionalmente trova utile prendere in considerazione i propri sentimenti nel cercare di risolvere problemi personali.

2= Raramente o mai trova utile prendere in considerazione i propri sentimenti nel cercare di risolvere problemi personali.

FATTORE Processi Immaginativi. ITEM 4:

“Le capita di utilizzare la sua immaginazione?”

Se sì: *“Mi dia qualche esempio di come utilizza la sua immaginazione”.*

Se no: *“Direbbe di avere molta immaginazione? Potrebbe darmi qualche esempio di situazioni in cui ha utilizzato la sua immaginazione?”*

Esempi di punteggio per l'Item 4:

0= Il soggetto utilizza la propria immaginazione.

1= Il soggetto fa un uso limitato della propria immaginazione.

2= Il soggetto non utilizza la propria immaginazione.

Quando si somministra l'intervista si chiede al soggetto di rispondere in modo da descrivere il loro modo abituale di essere, in quanto non esistono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte personali. Per la somministrazione si impiega almeno 50 minuti ed è consigliabile che già durante la somministrazione il ricercatore/clinico dia i punteggi ai singoli item in base alle risposte. Per una corretta applicazione è richiesta una doppia siglatura, cioè che l'intervista registrata o trascritta venga poi punteggiata da un altro giudice che non conosca il soggetto. Nella validazione italiana l'affidabilità tra giudici è risultata molto alta (.94) ed è necessario che prima di somministrarla il ricercatore svolga un periodo di formazione con l'effettuazione di alcune interviste di prova finché non si raggiunga un buon accordo con siglatori esperti.

Dunque, l'intervista è sicuramente più impegnativa nell'applicazione, ma mira a superare i limiti della TAS-20 ed è consigliabile l'utilizzo soprattutto nelle ricerche con soggetti che mostrano difficoltà a riconoscere le proprie difficoltà di contatto con le emozioni ed in

particolari contesti clinici dove la desiderabilità sociale può influire notevolmente sull'autovalutazione.

Ad oggi, si incoraggia l'utilizzo di almeno due strumenti che impiegano metodologie di valutazioni differenti per il costrutto dell'alessitimia (Taylor et al., 2004), visti i limiti e le risorse di strumenti metodologicamente differenti. Spesso, una metodologia differente permette di mettere in luce caratteristiche che con altri strumenti non emergono, non perché assenti ma per la natura stessa dello strumento. Diener e Eid (2006) specificano che spesso si possono ottenere correlazioni moderate o basse tra strumenti metodologicamente differenti che valutano lo stesso costrutto, ma nonostante ciò è consigliabile l'impiego di strumenti eterogenei che possano portare ad una miglior comprensione del fenomeno.

2.4 Alessitimia e Obesità

2.4.1 Perché ipotizzare che l'alessitimia abbia un ruolo nello sviluppo e mantenimento dell'obesità?

Come abbiamo visto, l'alessitimia si configura come un deficit nell'area dell'elaborazione cognitiva delle emozioni che porta difficoltà nella definizione e distinzioni di stati emotivi differenziati. L'alessitimia, inoltre, può essere concettualizzata come una disregolazione emotiva e a tal proposito, diversi esperti hanno ipotizzato che i comportamenti alimentari anormali sono visti come tentativi di ristabilire una forma di autoregolazione di stati emotivi sgradevoli (Taylor et al., 1997). In quest'ottica possiamo dire che, quindi, gli individui con alti livelli di alessitimia hanno difficoltà a “regolare” i propri stati affettivi e questo può portare all'utilizzo di “regolatori esterni”.

Il concetto di “regolatore” nasce, ed ha avuto sostegno empirico, nell'*Infant Research* dove è stato dimostrato che nella relazione madre-bambino, avviene nel neonato lo sviluppo della capacità di regolazione fisiologica dell'organismo e del controllo emozionale. Un contributo essenziale nella comprensione di questo fenomeno è stato fornito dagli studi sugli animali di Hofer (1978, 1995, 2001) che hanno evidenziato come le continue sollecitazioni corporee e gli stimoli ai quali è sottoposto il neonato (contatto con il corpo materno, ritmo della poppata, quantità del latte, stimolazione cutanea, leccare, calpestare, muovere o spostare il cucciolo, temperatura corporea del corpo materno e della tana) agiscono da regolatori nascosti (*hidden regulators*) di numerose funzioni fisiologiche, quali l'attività cardiaca e respiratoria, il ciclo

sonno-veglia, la produzione di ormone della crescita, la termoregolazione corporea e la stimolazione vestibolare. Attraverso queste sollecitazioni la madre regola le funzioni corporee del proprio figlio agendo come un “regolatore biologico e comportamentale” (Hofer 1978) che permette l’acquisizione graduale di una capacità di regolazione psicosomatica autonoma influenzando le funzioni fisiologiche, la regolazione delle emozioni e la risposta allo stress. Allo stesso modo negli esseri umani, la madre funge da regolatore biologico e comportamentale del figlio, accompagnandolo pian piano ad acquisire sempre di più durante la crescita la capacità di autoregolarsi. Fin da piccoli si ricorre all’utilizzo anche di “regolatori esterni”, in assenza della madre, (abbracciare un pupazzo, succhiare il pollice) per regolare stati emotivi vissuti come disturbanti, e così anche negli adulti a volte si ricorre normalmente a questi regolatori (Baldoni, 2014).

Come abbiamo visto precedentemente (vedi paragrafo 2.2), numerosi Autori hanno ipotizzato che gli individui che hanno difficoltà a percepire i propri stati emotivi, identificarli e differenziarli (alessitimia), tendono ad attuare in modo intensivo e continuativo comportamenti, anche disfunzionali, nel tentativo di regolare e controllare le emozioni: ad esempio, fumare, bere alcolici, mangiare eccessivamente.

A partire da questa prospettiva teorica, se intendiamo l’alessitimia come una disregolazione degli affetti che porta all’utilizzo di regolatori esterni, tra cui il cibo, ed anche che porta a mettere in atto comportamenti maladattivi, come mangiare eccessivamente, possiamo ipotizzare che ci sia una relazione tra l’alessitimia e lo sviluppo e/o il mantenimento dell’obesità.

A livello scientifico, ad oggi, la relazione tra alessitimia e obesità è ancora molto discussa in quanto non esiste ancora un accordo tra i vari studi.

Nell’analizzare la relazione tra obesità e alessitimia in letteratura, prendiamo in considerazione gli studi che hanno escluso i campioni con diagnosi di BED, in quanto questa diagnosi può costituire una comorbidità dell’obesità, ma non è una caratteristica specifica del campione obeso. Inoltre, in letteratura è ancora dibattuta l’ipotesi di una relazione tra alessitimia e Binge Eating Disorder (de Zwaan et al., 1995; De Chouly De Lancave et al., 2001; Pinaquy et al., 2003).

I primi ad indagare la possibile relazione tra obesità ed alessitimia sono stati Morosin e Riva (1997) che hanno valutato l’alessitimia, tramite la Toronto Alexithymia Scale (TAS 26) (Taylor et al., 1990), su un campione di donne obese, non affette da Binge Eating Disorder (BED) confrontate con un campione di controllo di donne normopeso, affermando che

l'alessitimia non è una caratteristica delle donne obese, ma piuttosto sembra essere legata ad altre caratteristiche psicopatologiche. Ad una lettura più approfondita di questo lavoro, e alla luce di quanto detto rispetto alla natura dimensionale del costrutto dell'alessitimia e sugli strumenti, possiamo vedere che gli Autori giungono alle loro conclusioni utilizzando un approccio categoriale: sostengono che l'alessitimia non è legata all'obesità in quanto le donne obese ottengono un punteggio medio alla TAS inferiore al cut-off di 74 e non mettono l'accento sulla differenza significativa tra i punteggi di alessitimia ottenuti dal campione obeso rispetto al campione normopeso. Lo studio di Morosin e Riva (1997) è uno dei più antichi e citati in letteratura a sostegno dell'ipotesi che non esista una relazione tra alessitimia e obesità, in assenza di psicopatologia.

Uno studio di Da Ros et al. (2011) ha valutato i livelli di alessitimia in un campione costituito da 49 pazienti obesi (BMI medio 43,9) in attesa di sottoporsi all'intervento di chirurgia bariatrica, confrontati con un campione di soggetti normopeso, omogeneo al gruppo clinico per sesso ed età. Gli Autori, similmente a Morosin e Riva, affermano che non c'è una correlazione tra BMI e alessitimia, ma anche in questo studio il campione clinico ha punteggi significativamente più alti alla TAS-20 rispetto al gruppo di controllo. I risultati presentati in questi due studi porterebbero a pensare che la popolazione obesa non è "altamente alessitimica", ma più alessitimica della popolazione normale.

Una recente metanalisi di Fernandes et al. 2018, ha proprio messo in luce che nonostante alcuni studi ritrovino livelli di alessitimia più alti nei campioni obesi rispetto ai gruppi di controllo, c'è ancora troppa eterogeneità nei risultati; mentre, invece, si evince chiaramente che i soggetti obesi con diagnosi di BED sono più alessitimici dei soggetti obesi senza diagnosi di BED.

Purtroppo, gli studi ad oggi esistenti sono soltanto di tipo correlazionale, per cui non ci sono dati disponibili rispetto al rapporto causale tra alessitimia e obesità; ipotizziamo però che l'alessitimia abbia un ruolo, tra gli altri fattori, nello sviluppo e mantenimento dell'obesità basandoci sulla prospettiva teorica analizzata.

2.4.2 Perché ipotizzare che l'alessitimia abbia un ruolo nella perdita di peso a seguito di chirurgia bariatrica?

La chirurgia bariatrica ad oggi rappresenta il trattamento d'elezione per la cura dell'obesità grave, ma come abbiamo visto nel capitolo 1, affinché l'intervento sia efficace deve essere

inserito in un percorso multidisciplinare più ampio. La chirurgia bariatrica, infatti, deve essere sostenuta da una corretta alimentazione da parte del paziente, ma non sempre questo accade.

In tempi recenti, infatti, i ricercatori si sono chiesti quali siano i fattori psicologici che interferiscono con l'outcome dell'intervento bariatrico ed una recente rassegna della letteratura di Wimmelmann et al., (2014), ha evidenziato il ruolo delle variabili psicologiche come predittori della perdita di peso a seguito di intervento bariatrico, individuando, tra gli altri, la "reazione disadattiva alle emozioni negative"; in questo articolo non si parla esplicitamente di alessitimia, ma comunque si dà importanza alla gestione delle emozioni come fattore psicologico.

Ci sono due studi che hanno indagato l'alessitimia come variabile che possa avere un ruolo nel calo ponderale post-intervento bariatrico, giungendo a risultati contrastanti. Paone et al. (2019), hanno indagato il ruolo dell'alessitimia, valutata tramite la TAS-20, come variabile predittiva del calo ponderale dopo 1 anno dall'intervento di chirurgia bariatrica, in un campione di 65 soggetti obesi. Questo studio ha evidenziato come il sottocampione "altamente alessitimico" aveva una perdita di peso significativamente inferiore in percentuale di Excess Weight Loss (EWL), dopo 1 anno dall'intervento, rispetto al sottocampione "non alessitimico". Marechal et al. (2009), al contrario, hanno riscontrato su un campione di 49 pazienti obesi che soltanto mentre l'alessitimia, valutata con la TAS-20 non risulta predittiva del calo ponderale dopo 6 mesi dall'intervento di chirurgia bariatrica.

Dunque, anche in questo ambito i risultati sono pochi e non omogenei, e gli studi sono stati condotti solo con l'utilizzo del self-report TAS-20.

CAPITOLO III

LA RICERCA: “VALUTAZIONE MULTIMETODO DELL’ALESSITIMIA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA BARIATRICA”

3.1 Introduzione

La relazione tra obesità e alessitimia è stata a lungo discussa in letteratura ma, come mostrato dalla recente metanalisi di Fernandes et al. (2018), vi è una grande eterogeneità di risultati che non permette di arrivare ad una conclusione univoca. Alcuni studi affermano che i soggetti obesi hanno livelli di alessitimia più alti rispetto alla popolazione normopeso (Elfhag et al., 2007), in altri non emerge nessuna differenza tra pazienti obesi e i controlli normopeso (Adami et al., 2001) ed altri ancora trovano alti livelli di alessitimia soltanto nei campioni obesi con Binge Eating Disorder (de Zwaan et al., 1995; 2001).

Un altro filone di studi, invece, ha provato ad indagare il ruolo dell’alessitimia sull’outcome dei trattamenti nutrizionali e/o chirurgici dei pazienti obesi. Ad oggi, la *chirurgia bariatrica* è il trattamento d’elezione per l’obesità “grave” (BMI superiore a 35), in quanto è stato mostrato che riesce a ridurre le comorbilità legate all’obesità (Nevius et al., 2012) e a migliorare la qualità della vita dei pazienti (Karlsson et al., 2007). Nonostante ciò, gli studi mostrano che il 30% dei pazienti obesi che si sottopongono a chirurgia bariatrica non ottengono un adeguato dimagrimento e che un terzo dei pazienti operati hanno nuovamente un aumento di peso sostanziale nel lungo periodo dopo l’intervento (Karlsson et al., 2007). Questo ha portato i ricercatori a domandarsi se ci sono dei fattori psicologici che interferiscono sull’esito dell’intervento, nei termini di adeguata perdita di peso. Recentemente è stato esplorato il ruolo dell’alessitimia come costrutto psicologico interferente con la perdita e/o la riacquisizione di peso nel post-intervento. È stato ipotizzato che i soggetti con alti livelli di alessitimia utilizzino il cibo come un “regolatore esterno”² delle loro emozioni e che questa tendenza si manifesti anche dopo l’intervento creando una difficoltà ad aderire alle prescrizioni mediche previste nel post-intervento per garantire il risultato.

In letteratura ci sono due studi che hanno indagato l’alessitimia come variabile predittiva sull’outcome dell’intervento bariatrico arrivando a risultati contrastanti (Marechal et al., 2009; Paone et al. 2019).

² Si fa riferimento all’idea che l’alessitimia sia una condizione di disregolazione affettiva che possa portare l’individuo a compiere degli agiti che hanno la funzione di gestire elementi subsimbolici: tali agiti sono difficili da eliminare, se rimane immutata la situazione di disregolazione affettiva (Solano, 2013) Per approfondimento vedi Cap. 2 paragrafo 4.

Tutti questi studi sono stati svolti utilizzando la *20 item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), o la sua versione precedente *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) per la valutazione delle caratteristiche alessitimiche. Per quel che risulta, in nessuno studio condotto con l'obiettivo di analizzare la relazione tra alessitimia e obesità è stato utilizzato uno strumento differente dal self-report, nonostante le numerose critiche allo strumento sollevate negli ultimi anni³.

Il gruppo di Toronto per ovviare alle critiche contro alla TAS-20, ha sviluppato e validato uno strumento differente: *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA), un'intervista strutturata per la valutazione dell'alessitimia.

Ad oggi, sono ancora poco numerosi gli studi realizzati con l'impiego della TSIA, in quanto questo strumento richiede un tempo di applicazione maggiore (45-60 minuti) rispetto alla TAS-20 (10-15 minuti), la presenza di un somministratore adeguatamente formato ed un setting individuale. Nonostante la scarsa presenza di lavori, questi forniscono delle buone motivazioni per pensare che l'utilizzo della TSIA sia più adeguato in alcune popolazioni cliniche (Ballottin et al., 2014; Di Trani et al., 2014), che possono essere influenzate dalla desiderabilità sociale oppure non avere una competenza nel riconoscere una problematica emotiva, essendo concentrati soprattutto sul disagio fisico.

Dunque, questo lavoro parte dal presupposto che un'adeguata valutazione dell'alessitimia debba essere multi-metodo, così come sostenuto in letteratura (Eid et al., 2006). L'utilizzo di due strumenti diversi può mettere in luce caratteristiche del campione rilevanti. Inoltre, condividendo l'idea che alti livelli di alessitimia rappresentino un deficit nella regolazione emotiva che può dar vita a comportamenti maladattivi, pensiamo che sia necessario esplorare il ruolo di questo costrutto come predittore dell'outcome dell'intervento bariatrico.

3.2 Obiettivi

Il primo obiettivo di questa ricerca è indagare la relazione esistente tra obesità e alessitimia, che sarà valutata tramite due strumenti, uno self-report e un'intervista, per verificare se la relazione cambia al variare dello strumento. In base a quanto detto in precedenza, abbiamo scelto di utilizzare lo strumento self-report maggiormente impiegato per la valutazione dell'alessitimia *20 item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) e l'intervista semistrutturata *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA). Si ipotizza che tra alessitimia e obesità

³ Per approfondimenti vedere Cap.2, paragrafo 3.

ci sia una relazione diretta maggiormente rilevabile con l'intervista semistrutturata in quanto permette di esplorare le caratteristiche Alessitimiche senza l'influenza della negazione, più o meno cosciente, che in questa popolazione clinica può essere molto forte in quanto gli individui sono molto focalizzati principalmente sul disagio corporeo.

Un secondo obiettivo è valutare se l'alessitimia, misurata con entrambi gli strumenti, abbia un ruolo nel calo ponderale dei soggetti in seguito all'intervento di chirurgia bariatrica. L'ipotesi è che un'alta Alessitimia di base porti ad una minor perdita di peso nel post-intervento in quanto la chirurgia bariatrica è efficace solo se i soggetti aderiscono alle prescrizioni dietetico-nutrizionali: i soggetti altamente Alessitimici possono avere una difficoltà a seguire queste prescrizioni in quanto l'intervento non va a modificare la tendenza a ricorrere al cibo nelle situazioni emotive non tollerate. In particolare, ci si aspetta che l'alessitimia, come variabile predittiva del peso perso, emerga in modo maggiore con l'utilizzo dell'intervista TSIA.

3.3 Metodo

3.3.1 Soggetti

Sono stati reclutati 68 soggetti⁴, all'interno del **Bariatric Center Of Excellence, Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale, Ospedale ICOT, Latina** che si occupa del trattamento multidisciplinare di pazienti obesi. I soggetti si recavano al centro per richiedere l'intervento di chirurgia per la cura dell'obesità.

Sono stati applicati i seguenti criteri di inclusione:

- età compresa tra i 18 e 65 anni;
- BMI > 35;
- aver conseguito almeno il diploma di licenza media;
- assenza di diagnosi psichiatriche pregresse;
- assenza di quadri psichiatrici al momento della valutazione, anche se trattati farmacologicamente;
- assenza di patologie organiche gravi;
- non aver intrapreso un percorso di psicoterapia;

⁴ Il campione è descritto nel paragrafo 3.4

- idoneità psicologica all'intervento bariatrico secondo quanto richiesto dalle linee guida nazionali (SICOb).

3.3.2 Procedura

Il seguente progetto di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma.

I soggetti sono stati reclutati durante l'ultima visita di valutazione psicologica prevista dal protocollo della struttura dove, infatti, tutti i pazienti svolgono 4 visite di valutazione per l'idoneità psicologica all'intervento bariatrico eseguite da psicologhe specializzate. Durante l'ultima visita, ai soggetti che rientravano nei criteri di inclusione previsti è stata chiesta la partecipazione volontaria alla ricerca ed è stato consegnato il modulo di consenso informato da firmare per l'autorizzazione al trattamento dei dati.

Ai soggetti che hanno accettato di partecipare è stato chiesto di compilare i questionari previsti e poi, in un setting appropriato, è stata svolta l'intervista (TSIA). Il giorno del reclutamento è stato rilevato il peso dei pazienti.

Dunque, la somministrazione dei questionari e dell'intervista avveniva pochi giorni prima dell'intervento di chirurgia bariatrica, poi dopo 6 mesi dall'intervento i pazienti sono stati rivisti in occasione della visita nutrizionale, e in questa sede è stato rilevato il peso raggiunto (follow-up).

Le interviste sono state svolte da un ricercatore formato per la somministrazione e la siglatura della TSIA, inoltre un ulteriore psicologo con formazione specifica ha siglato le interviste.

Come visibile nella Figura 3, sono stati reclutati 68 soggetti, di cui poi 23 hanno abbandonato il percorso e non hanno effettuato l'intervento bariatrico (di questi 23, 4 soggetti sono stati operati altrove per loro scelta); 3 soggetti sono stati esclusi perché hanno optato per l'inserimento del palloncino intragastrico (*Bioenterics Intragastric Balloon- BIB*)⁵; 42 soggetti, infine, sono stati trattati chirurgicamente tramite Sleeve Gastrectomy⁶. Di quest'ultimo sottogruppo, 35 pazienti hanno completato il Follow-up a 6 mesi; dunque 7 soggetti sono stati

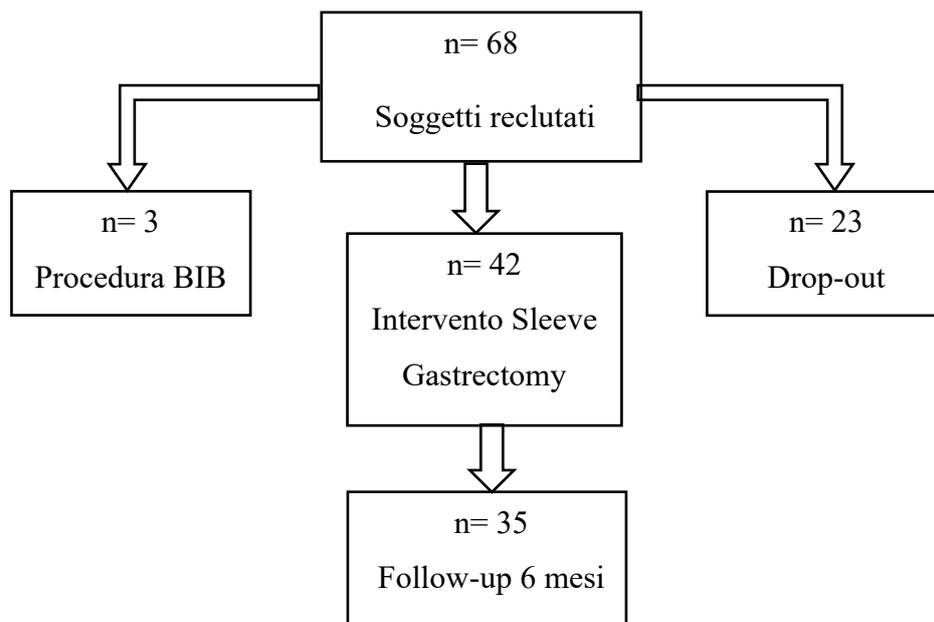
⁵ Il BIB è una procedura endoscopica temporanea che non rientra tra gli interventi chirurgici per l'obesità

⁶ Per approfondimento vedere Cap.1, paragrafo 4

esclusi in quanto al momento della raccolta dei dati di follow-up erano stati operati da meno di 6 mesi, questi dati potranno essere recuperati successivamente.

Dunque, le analisi dei dati al Tempo di Baseline (T0) (associazione alessitimia -obesità) sono state svolte su 68 soggetti, mentre le analisi che riguardavano le misurazioni al follow-up (T1) (effetto sul peso) sono state svolte su 35 soggetti.

Fig. 3: Flow-chart del reclutamento



3.3.3 Strumenti

La ricerca prevedeva i seguenti strumenti:

- **Scheda socio-anamnestica costruita ad hoc**, per la raccolta dei dati relativi allo stato civile, livello di istruzione, stato lavorativo.

- **Symptom Check List-90-Revised (SCL 90-R)** Derogatis, 1992, Trad. Ita Prunas et al, 2012), questionario self-report composto da 90 domande che valutano la presenza di un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando sia i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). (Alpha di Cronbach: 0.70-0.96)

- **20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)** Bagby et al. 1994a, Trad. Ita. Bressi et al., 1996), questionario compilato dal soggetto, composto da 20 item, a cui il soggetto

deve dare un punteggio su scala likert a 5 punti. Fornisce un punteggio globale di alessitimia e punteggi parziali riferiti ai 3 fattori: Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti; Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti; Pensiero Orientato all'Esterno. (Alpha di Cronbach= 0.81; Affidabilità Test-Retest $r= 0.86$).

- **Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)** (Bagby et al., 2006, Trad. Ita. Caretti et al., 2011), un'intervista composta da 24 domande somministrata dal ricercatore. Gli item ricevono un punteggio 0-1-2, assegnato dal somministratore. Fornisce informazioni sia rispetto al livello di alessitimia globale del soggetto, sia rispetto a 4 fattori (uno in più rispetto la TAS 20): Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti; Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti; Pensiero Orientato all'Esterno; Difficoltà nei Processi Immaginativi. (Alpha di Cronbach= 0.86; Coefficiente di Correlazione Intraclassa= 0.94; Media di Correlazione inter-item= 0.21).

- **Binge Eating Scale (BES)** (Gormally et al., 1982, Trad. Ita. Di Bernardo, 1998) questionario di autovalutazione del comportamento individuale e del rapporto della persona con il cibo. Composta da 16 gruppi composti da tre/quattro affermazioni tra cui il soggetto deve scegliere quella che rispecchia di più la propria condizione. Da informazioni rispetto alla presenza e/o alla gravità di episodi di abbuffata incontrollata (Binge Eating Disorder). (Alpha di Cronbach= 0.89; Imperatori et al., 2016).

- Il **peso corporeo**, invece, è stato rilevato nel momento del reclutamento e dopo 6 mesi dall'intervento di chirurgia bariatrica.

3.3.4 Analisi Statistiche

Le analisi statistiche sono state svolte utilizzando lo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 25.

Sono state svolte delle analisi descrittive del campione utilizzando le percentuali per le variabili categoriali, e la media e la deviazione standard per le variabili continue.

È stata verificata l'attendibilità dei risultati ottenuti dal nostro campione alle scale utilizzate per l'alessitimia, tramite il coefficiente alpha di Cronbach; inoltre, poiché l'intervista semistrutturata per l'alessitimia (TSIA) è stata siglata da due giudici indipendenti è stata

verificata l'attendibilità delle siglature tra giudici attraverso il Coefficiente di Correlazione Intraclasse.

Il test dei coefficienti di correlazioni di Pearson è stato impiegato per verificare la relazione tra i due strumenti impiegati per la valutazione dell'alessitimia TAS-20 e TSIA, nel nostro campione di obesi; tra l'alessitimia (valutata con entrambi gli strumenti) e il peso corporeo; tra il peso e le altre variabili psicologiche (Global Severity Index e Binge Eating Scale).

Per confrontare il punteggio ottenuto sia alla TAS-20 che alla TSIA da questa popolazione clinica con quelli ottenuti dalla popolazione generale italiana, sono state condotte due analisi del test t per campione singolo.

Abbiamo, poi, testato dei modelli di regressione lineare multipla utilizzando il peso come variabile dipendente e l'età, l'alessitimia, i sintomi psicofisici ed il binge eating, come variabili indipendenti. I due modelli di regressione differiscono in quanto nel primo è stato utilizzato il punteggio totale della TAS-20 come indicatore del livello di alessitimia, mentre, nel secondo modello è stato utilizzato il punteggio totale della TSIA. In caso di significatività della variabile alessitimia nel modello testato, questo è stato ripetuto utilizzando i punteggi dei fattori al posto del punteggio totale.

Rispetto al secondo obiettivo della ricerca, cioè verificare se l'alessitimia avesse un ruolo sul calo ponderale dei soggetti dopo la chirurgia bariatrica, è stato diviso il campione in due gruppi in base all'Excess Weight Loss (EWL- Peso in eccesso perso). Questo valore rappresenta la percentuale di peso in eccesso perso e si calcola con la seguente formula:

$$\%EWL = [(Peso\ Iniziale) - (Peso\ Post-operatorio)] / [(Peso\ Iniziale) - (Peso\ Ideale)] \times 100$$

Il *Peso Ideale* è il valore del peso corrispondente al BMI di 25 (valore di normopeso).

È stato scelto di utilizzare questo parametro (%EWL) in quanto è considerato affidabile dalla letteratura internazionale e le principali società scientifiche di chirurgia dell'obesità, perché tiene in considerazione sia il peso iniziale del soggetto, sia il peso ideale, mostrandosi dunque una misura individualizzata (Bretahauer et al., 2015).

Il campione è stato diviso in due gruppi: un gruppo con %EWL < 60% (N= 16) e gruppo con %EWL > 60% (N= 18). Una recente metanalisi, infatti, mostra che dopo 6 mesi dall'intervento di sleeve gastrectomy si registra un dimagrimento che va da EWL di 49,4% a EWL di 67,3%. (Osland et al., 2017). Le linee guida internazionali, inoltre, affermano che a seguito di intervento di Sleeve Gastrectomy ci si aspetta un dimagrimento che va dal 50 al 70% di %EWL entro il primo anno post-intervento, con una maggioranza del peso perso già nei primi sei mesi (International Federation Surgery of Obesity – IFSO). Possiamo, dunque, considerare un %EWL < 60% come un fallimento dell'intervento di chirurgia, mentre un

%EWL > 60% indica la riuscita dell'intervento, pertanto abbiamo chiamato i due gruppi "intervento fallito" (%EWL < 60%) ed "intervento riuscito" (%EWL > 60%).

Con il campione diviso in questo modo sono stati testati due modelli di regressione logistica che avevano come variabile dipendente la riuscita dell'intervento (%EWL < 60% e (%EWL > 60%): nel primo modello sono stati inseriti come variabili indipendenti l'età, il sesso, il GSI, il punteggio totale alla BES e il punteggio totale alla TAS-20; nel secondo modello al posto del punteggio totale alla TAS-20 è stato inserito il punteggio totale alla TSIA e le altre variabili sono state lasciate invariate. Questi modelli ci hanno permesso di vedere se alcune variabili fossero predittive della riuscita dell'intervento a sei mesi.

Infine, sono state effettuate delle analisi della varianza ANOVA per confrontare i due gruppi in base ai punteggi ottenuti alla valutazione dell'alessitimia svolta sia tramite TAS-20 che TSIA al T0, cioè al reclutamento.

3.4 Risultati

3.4.1 Verifica del primo obiettivo: indagare la relazione tra peso e alessitimia.

I risultati delle analisi descrittive delle caratteristiche sociodemografiche dei soggetti sono riportati in Tabella 5.

<i>Tabella 5. Analisi descrittive delle caratteristiche sociodemografiche</i>		
Variabili	Media	ds
Età	41,01	11,59
Peso	117,12	21,72
BMI	42,39	5,89
	%	N
<i>Sesso</i>		
Donne	76,4%	52
Uomini	23,5%	16
<i>Livello di istruzione:</i>		
licenza media	48,5%	33
diploma	51,5%	35
<i>Stato civile:</i>		
nubile/celibe	39,7%	27
sposato/a	48,5%	33
separato/a	11,8%	8
<i>Occupazione:</i>		
casalinga	25%	17
impiegato	66,2%	45
commerciante	7,4%	5
libero professionista	1,5%	1

Sono state svolte analisi descrittive rispetto alle variabili psicologiche valutate (Tabella 6).

Tabella 6. Analisi descrittive delle caratteristiche psicologiche

Variabili	Media	ds
TAS-20	40,51	12,15
TAS-DIS	12,97	5,93
TAS-DDS	10,93	5,44
TAS-POE	16,50	4,34
TSIA	21,47	8,16
DIS	3,96	2,14
DDS	4,66	2,58
POE	6,18	2,62
PI	6,65	2,27
SCL- 90R GSI	0,51	0,40
BES	11,28	5,73

TAS-20=Punteggio Totale 20-item Toronto Alexithymia Scale; **TAS-DIS**=Difficoltà ad Identificare i Sentimenti (TAS-20); **TAS-DDS**=Difficoltà a Descrivere i Sentimenti (TAS-20); **TAS-POE**=Pensiero Orientato all'Esterno (TAS-20); **TSIA**=Punteggio Totale Toronto Structured Interview for Alexithymia; **DIS**=Difficoltà ad Identificare i Sentimenti (TSIA); **DDS**=Difficoltà a Descrivere i Sentimenti (TSIA); **POE**=Pensiero Orientato all'Esterno (TSIA); **PI**=Povertà Immaginativa (TSIA); **SCL-90R GSI**=Global Severity Index (SCL-90R); **BES**=Punteggio Totale Binge Eating Scale.

Prima di procedere con le analisi delle correlazioni, è stata calcolata *l'alpha di Cronbach* sia per la TAS-20 ($\alpha = .795$) che per la TSIA ($\alpha = .874$). Inoltre, la TSIA è stata siglata da due giudici indipendenti: la concordanza tra i giudici è stata valutata tramite il *Coefficiente di Correlazione Intraclassa (ICC)*: la misura media dell'ICC è .90 con un intervallo di confidenza al 95% da .627 a .976.

L'analisi dei *coefficienti di correlazione di Pearson* tra i due strumenti impiegati per la valutazione dell'alessitimia (TAS-20 e TSIA) e i rispettivi fattori è mostrata in Tabella 7.

Tabella 7. Correlazioni di Pearson tra TAS-20 e TSIA

	TAS-20	TAS-DIS	TAS-DDS	TAS-POE
TSIA	.192	-.057	.131	.480**
DIS	.176	.054	.107	.317**
DDS	.308*	.029	.317**	.853**
POE	.131	-.104	.071	.451**
PI	.005	-.186	-.092	.378**

* $p < .05$; ** $p < .001$

Come si evince dalla Tabella 7, i due strumenti non correlano tra loro nel punteggio totale. Soltanto il terzo fattore (Pensiero Orientato all'Esterno) della TAS-20 correla con il totale della TSIA e con tutti i fattori. Inoltre, rispetto alla TSIA, soltanto il fattore della Difficoltà a Descrivere i Sentimenti correla significativamente con la TAS-20 totale e gli altri fattori della TAS-20, tranne il primo (Difficoltà ad Identificare i Sentimenti) che, invece, non correla con nulla.

Abbiamo, inoltre, confrontato tramite due analisi del *test t per campione singolo* i punteggi ottenuti alla TAS-20 e alla TSIA dai soggetti, con quelli ottenuti dalla popolazione generale nello studio di validazione degli strumenti.

In tabella 8 è riportato il confronto tra il punteggio alla TAS-20 del nostro campione (M=40,51) e quello di un campione della popolazione generale italiana (M=44,7; Bressi et al., 1996) e il campione di questa ricerca risulta significativamente *più basso* della popolazione generale.

Tabella 8. Test t per campione singolo rispetto alla TAS-20

Media TAS-20 popolazione generale italiana: 44,7				
Media TAS-20 campione obeso: 40,51				
	t	gl	p	Differenza della media
TAS-20	-2.841	67	.006**	-4.185

* $p < .05$; ** $p < .001$

In tabella 9 è riportato il confronto tra il punteggio alla TSIA del nostro campione (M=21,47) e quello di un campione della popolazione generale italiana (M=18,42; Caretti et al., 2011) e il nostro campione ottiene un punteggio significativamente *più alto* rispetto alla popolazione generale.

Tabella 9. Test t per campione singolo rispetto alla TSIA

Media TSIA popolazione generale italiana: 18,42				
Media TSIA campione obeso: 21,47				
	t	gl	p	Differenza della media
TSIA	3.082	67	.003**	3.051

* $p < .05$; ** $p < .001$

Rispetto al primo obiettivo di questo studio, abbiamo svolto delle correlazioni tra il peso e i due strumenti per la valutazione dell'alessitimia (Tabella 10) e, come ci aspettavamo, è emerso che l'intervista e due suoi fattori (DIS e POE) correlano positivamente con il peso corporeo, mentre la TAS-20 mostra una correlazione significativa, ma negativa, soltanto con il punteggio del primo fattore (TAS-DIS).

Tabella 10. Correlazioni r di Pearson tra Peso, TAS-20 e TSIA

	TAS-20	TAS-DIS	TAS-DDS	TAS-POE	TSIA	DIS	DDS	POE	PI
PESO CORPOREO	-.148	-.279*	-.098	.070	.339**	.397**	.224	.302*	.239

* $p < .05$; ** $p < .001$

Poiché il nostro campione non è distribuito equamente rispetto al genere, abbiamo ripetuto le correlazioni tra peso e alessitimia tramite analisi dei *coefficienti di correlazione parziale di Pearson controllata per il genere*. Come è possibile vedere nella Tabella 11, non emergono correlazioni significative tra peso e TAS-20, mentre risulta ancora significativa la relazione tra peso e TSIA (tranne che per il fattore POE), anche se si riscontrano come più deboli rispetto all'analisi precedente.

Tabella 11. Correlazioni parziale di Pearson tra Peso e TSIA, controllata per il Genere

	TAS-20	TAS-DIS	TAS-DDS	TAS-POE	TSIA	DIS	DDS	POE	PI
Controllata per GENERE PESO	-.159	-.173	-.136	-.031	.248*	.304**	.167	.185	.190

* $p < .05$; ** $p < .001$

Nella Tabella 12, invece è possibile vedere i risultati dell'analisi dei *coefficienti di correlazione di Pearson* tra il peso e le altre variabili psicologiche valutate nel nostro campione (sintomatologia psicofisica, entità del Binge Eating). Il peso risulta inversamente correlato alla gravità dei sintomi psicofisici (GSI).

Tabella 12. Correlazioni r di Pearson tra Peso, GSI e BES

	GSI	BES
PESO	-.239*	-.076

* $p < .05$; ** $p < .001$

Dei modelli di regressione lineare multipla sono stati effettuati.

Nel primo modello è stato utilizzato il peso come variabile dipendente ed età, GSI, BES e TAS-20 come variabili predittive. Questo modello non è risultato significativo ($p > .05$).

Il secondo modello è uguale al precedente ma è stato utilizzato il punteggio della TSIA al posto di quello della TAS-20 e risulta significativo. Il modello, infatti, predice il 14% del peso ($R^2 = .14$; R^2 adattata = .08; $p < .05$). Come possibile vedere nella Tabella 13, la TSIA risulta essere l'unica variabile significativa del modello.

Tabella 13. Coefficienti del modello di regressione lineare ($p < .05$)

	B	Beta	t	p
ETÀ	-0.358	-.195	-1.50	.137
BES	-.027	-.007	-0.05	.956
GSI	-12.43	-.213	-1.60	.114
TSIA	.756	.279	2.23	.029

Poiché questo modello è risultato significativo utilizzando il punteggio totale della TSIA, è stato ripetuto utilizzando i punteggi ai singoli fattori della scala. Anche in questo caso, il modello è risultato significativo ($p < .05$) e predice il 22% del peso corporeo ($R^2 = .22$; R^2 adattata = .12; $p < .05$). In Tabella 14, possiamo vedere le variabili inserite nel modello e la loro significatività. Il fattore DIS (difficoltà ad identificare i sentimenti) risulta essere l'unico significativo.

Tabella 14. Coefficienti del modello di regressione lineare ($p < .05$)

	B	Beta	t	p
ETÀ	-0.337	-.205	-1.587	.118
BES	.040	.011	.082	.935
GSI	-13.521	-.232	-1.595	.117
DIS	4.215	.409	2.312	.025
DDS	-1.764	-.206	-1.010	.317
POE	1.822	.221	1.233	.223
PI	-.881	-.091	-.535	.595

3.4.2 Verifica del secondo obiettivo: valutare l'alessitimia come fattore predittivo del calo ponderale

Per la verifica del secondo obiettivo, valutare se l'alessitimia indagata con entrambi gli strumenti, ha un effetto sul calo ponderale dei soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica, è stato

diviso il campione dei soggetti che avevano effettuato l'operazione di Sleeve Gastrectomy e che hanno svolto il follow-up a 6 mesi (N= 35), in due sottogruppi in base alla percentuale di Excess Weight Loss (%EWL) ottenuto. Abbiamo ottenuto così due sottogruppi che abbiamo chiamato “*intervento fallito*” (%EWL < 60%; n=16) ed “*intervento riuscito*” (%EWL > 60%; n= 18).

Abbiamo svolto due modelli di regressione logistica. Nel primo modello è stata inserita la riuscita dell'intervento, in termini di %EWL, come variabile dipendente e l'età, il sesso, il GSI, il punteggio totale alla BES e il punteggio totale alla TAS-20 come variabili indipendenti. Nel secondo modello è stato inserito il punteggio totale alla TSIA al posto del punteggio totale alla TAS-20. Nessuno dei due modelli è risultato significativo ($p > .05$).

Abbiamo, infine, valutato tramite analisi della varianza ANOVA se i punteggi ottenuti alla TAS-20 e alla TSIA, alla valutazione svolta al Tempo 0, fossero differenti tra il gruppo “*intervento fallito*” ed il gruppo “*intervento riuscito*”. Nella Tabella 15 è possibile vedere una differenza significativa al punteggio ottenuto alla TSIA tra i due gruppi, significatività non presente con la TAS-20, infatti, il gruppo “*intervento riuscito*” ha punteggi significativamente più bassi al totale della TSIA rispetto al gruppo “*intervento fallito*”.

Tabella 15. Analisi della varianza ANOVA tra i gruppi sui punteggi alla TAS-20 e alla TSIA

	Intervento fallito		Intervento riuscito		F	p
	M	d.s.	M	d.s.		
TAS-20	38,25	10,03	41,76	13,51	0.712	.405
TSIA	25,94	7,75	20,06	8,79	4.130	.049

3.5 Discussione

Il primo obiettivo di questa ricerca è stato esplorare la relazione tra il peso e l'alessitimia valutata con due strumenti differenti, la TAS-20 e la TSIA.

Visto l'utilizzo di due strumenti che valutano lo stesso costrutto, le prime analisi sono state effettuate per esplorare la concordanza tra essi. L'analisi dei coefficienti di correlazioni di Pearson tra TAS-20 e TSIA mostra risultati singolari, in quanto i punteggi totali di TAS-20 e TSIA non correlano tra loro. Nell'articolo di validazione della TSIA (Caretto et al., 2011) svolto sulla popolazione generale italiana, invece, i totali delle due scale correlano tra loro ($r = .44$; $p < .001$), così come viene riportata una correlazione significativa tra tutti i fattori. Diversamente, però, lo studio di Di Trani et al., (2011), svolto con diverse popolazioni cliniche, riporta la

stessa mancanza di correlazione significativa nei soggetti che soffrono di ipertensione; gli Autori spiegano questo risultato ipotizzando una difficoltà degli individui con disturbo somatico a riconoscere e riportare tramite self-report difficoltà di tipo Alessitimico, cosa che invece emerge tramite l'intervista.

I risultati, inoltre, mostrano che il terzo fattore del self report (Pensiero Orientato all'Esterno-TAS-POE) correla significativamente sia con il totale della TSIA che con tutti i suoi fattori. Se vediamo le descrittive del campione (Tabella 6), possiamo notare come il POE della TAS-20 ha punteggio medio più alto (TAS-POE= 16,50) rispetto agli altri fattori della stessa scala (TAS-DIS= 12,97; TAS-DDS= 10,93): dunque i soggetti attribuiscono un punteggio maggiore agli items di questo fattore, dichiarando una maggior "difficoltà" in questa area. In realtà il terzo fattore non riguarda una "difficoltà", ma piuttosto uno "stile" orientato all'esterno, una modalità di pensiero molto concreto diversamente dai fattori 1 e 2 che esplorano proprio la difficoltà ad identificare e descrivere i propri sentimenti; potremmo ipotizzare che questo fattore è meno soggetto all'influenza della negazione e/o della desiderabilità sociale, aspetti che la TSIA mira a superare e che per questo correla significativamente con l'intervista.

Riportiamo di seguito 3 items esemplificativi dei 3 fattori valutati dalla TAS-20:

TAS-DIS: "Mi capita spesso di non capire bene che emozioni provo."

TAS-DDS: "Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti."

TAS-POE: "Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perchè siano andate in quel modo."

Come è possibile vedere da questi items riportati come esempio, il primo fattore è quello che più indaga un'area difficile da riconoscere, mentre il secondo esprime più una difficoltà che i soggetti possono riconoscere ed il terzo esprime più un modo di fare. Se la principale critica mossa alla TAS-20 è che chiede al soggetto un'autovalutazione di una difficoltà che potrebbe non riconoscere, forse il primo fattore è il più criticabile ed il terzo è il meno incline. Infatti, il primo fattore della TAS-20 è l'unico che non correla con nessun fattore della TSIA, mentre il secondo fattore (TAS-DDS) correla con il rispettivo nella TSIA (DDS).

Il quarto fattore della TSIA, "Processi Immaginativi" (PI) è presente solo in questo strumento e non nella TAS-20, e come ci aspettavamo correla significativamente con il TAS-POE, infatti, come già riportato in altri studi (Caretto et al., 2011; Montebrocchi et al., 2018) sembra che anche se la TAS-20 non ha una specifica scala che valuti la vita immaginativa dei soggetti, il terzo fattore (pensiero orientato all'esterno) copre parzialmente la valutazione di questa caratteristica (Tibon et al., 2005).

Queste differenze tra i due strumenti sono, inoltre, confermate dall'analisi del test T a campione singolo, svolta per confrontare i punteggi ottenuti dalla nostra popolazione clinica alla TAS-20 e alla TSIA con quelli ottenuti dalla popolazione generale italiana. Da queste analisi emerge che tramite TAS-20 i nostri soggetti abbiano punteggi significativamente più bassi di quelli ottenuti dalla popolazione generale (Tabella 8), mentre alla TSIA emergono significativamente più alessitimici della popolazione generale (Tabella 9). Questo risultato ci fa ipotizzare che durante la compilazione del self-report il nostro campione abbia minimizzato e/o omesso aspetti problematici, dando, più o meno consapevolmente, risposte più desiderabili a livello sociale tanto da ottenere un risultato medio molto basso, considerando anche il contesto dove è avvenuto il reclutamento può essere vissuto dai soggetti come molto "valutativo" in quanto i soggetti stavano svolgendo delle visite psicologiche per ottenere l'idoneità alla chirurgia bariatrica. Probabilmente la TSIA, che è stata somministrata subito dopo la compilazione della TAS-20 e quindi nella stessa situazione, riesce a superare queste difese, tanto che il punteggio medio di questo campione risulta essere più alto della popolazione generale.

Dopo aver analizzato i due strumenti, siamo andati a verificare il **primo obiettivo** di questa ricerca: indagare la relazione tra peso e alessitimia.

Le analisi delle correlazioni di Pearson (Tabella 10) mostrano che il Peso dei soggetti correla significativamente con la TSIA totale, con il fattore che valuta la Difficoltà ad Identificare i Sentimenti e quello che valuta il Pensiero Orientato all'Esterno, mentre *correla negativamente* con la Difficoltà ad Identificare i Sentimenti della TAS-20. Dunque, i risultati ottenuti con la TSIA sono in linea con l'ipotesi alla base del lavoro, cioè che maggior livelli di alessitimia corrispondano ad un peso maggiore, ipotizzando che il cibo possa fungere da regolatore esterno di emozioni altrimenti non tollerate, in soggetti con difficoltà nella regolazione emotiva. Il risultato, invece, ottenuto tra peso e primo fattore della TAS-20 appare paradossale, perché fa pensare che chi pesa di più ha minor difficoltà ad identificare i propri sentimenti. Se però, guardiamo questo risultato alla luce di quanto detto prima sui due strumenti, possiamo ipotizzare che questo dato avvalori l'ipotesi che alla TAS-20 i soggetti rispondano in modo non autentico.

Il nostro campione non è diviso equamente per genere (52 donne e 16 uomini), riflettendo una caratteristica di questa popolazione clinica in quanto sono molto meno gli uomini che richiedono questo tipo di intervento (Welbourn et al., 2019); abbiamo, dunque, effettuato l'analisi della correlazione parziale di Pearson, controllando per il genere: analisi che dà risultati come se il genere fosse equamente distribuito. Questi risultati (Tabella 11) confermano in parte

quelli della precedente correlazione in quanto la TSIA totale e la sua scala DIS continuano ad essere significativamente correlata con il peso, mentre non è più presente la correlazione con la scala POE. Inoltre, non è più presente nessuna correlazione con la TAS-20, dunque pareggiando il rapporto tra uomini e donne e quindi considerando la presenza di più uomini (TAS uomini: 39,81- TAS donne: 40,73) il punteggio medio alla TAS-20 si abbassa e la correlazione non è più significativa. Quindi, il rapporto tra TAS-20 e peso oltre ad essere debole e all'inverso è anche legato al genere, quindi sempre più discutibile.

Abbiamo, poi, analizzato la relazione tra peso e altre due scale molto usate in letteratura, il Global Severity Index (GSI) che dà un punteggio totale di sintomi psicofisici (SCL-90R) e il totale della scala che valuta i comportamenti di Binge Eating (BES), e i risultati mostrano che il GSI correla negativamente con il peso. La correlazione inversa tra peso e GSI ci fa pensare che chi ha minor sintomi psicofisici pesa di più, dato alquanto singolare, visto che in letteratura l'obesità è associata alla sintomatologia psicofisica (Papageorgiu et al., 2002); nonostante lo studio di Ranson et al., (2010) abbia mostrato che, l'SCL-90R ha buone proprietà psicometriche in un ampio campione di soggetti obesi, in attesa di chirurgia bariatrica, potremmo pensare che nel nostro campione gli individui tendano a minimizzare i sintomi percepiti, esattamente come minimizzano le difficoltà, specie nella identificazione dei sentimenti, alla TAS-20.

Infine, sempre per esplorare al meglio la relazione tra alessitimia e peso sono stati testati dei modelli di regressione lineare utilizzando come variabile dipendente il peso e come predittori le variabili psicologiche e demografiche: nel primo modello è stato utilizzato il punteggio totale alla TAS-20 e nel secondo il punteggio totale della TSIA, per l'alessitimia.

Soltanto il modello con la TSIA è risultato significativo e tra tutte le variabili inserite solo il punteggio totale di alessitimia è risultato predittivo del peso. Abbiamo poi ripetuto il modello, inserendo i singoli fattori della TSIA al posto del punteggio totale e anche questo modello è risultato significativo e, nello specifico, il primo fattore DIS è l'unico spiegativo del modello. Questi risultati mostrano che la difficoltà ad identificare i sentimenti (DIS) predice un maggior peso, in linea con la nostra ipotesi, cioè che sia proprio la difficoltà a capire e gestire certi sentimenti che porta a mangiare di più, utilizzando il cibo come "sedativo emozionale".

Rispetto al **secondo obiettivo**, cioè verificare se l'alessitimia avesse un ruolo nella perdita di peso post-intervento bariatrico, abbiamo suddiviso il campione in 2 sottogruppi: il sottogruppo con percentuale di peso in eccesso perso (%EWL) minore del 60% e un sottogruppo con %EWL maggiore del 60%. Questa percentuale del 60% è stata stabilita in base alle indicazioni della letteratura e potremmo dire che un dimagrimento minore del 60% EWL è

considerato dalla medicina come un fallimento (Osland et al., 2017). Sono stati realizzati due modelli di regressione logistica utilizzando la riuscita o meno dell'intervento (%EWL<60% e %EWL>60%) come variabile dipendente e come variabili indipendenti: età, sesso, GSI, BES e alessitimia. In un modello è stato utilizzato il punteggio totale della TAS-20 per l'alessitimia e in un altro modello è stato utilizzato il punteggio totale della TSIA. Entrambi i modelli testati non sono risultati significativi nel predire il fallimento o la riuscita dell'intervento, questo ci indica che nessuna variabile tra, età, sesso, GSI, BES e punteggio totale della TSIA, della TAS-20 è in grado di predire il risultato dell'intervento. Probabilmente questo dato è molto influenzato dalla esigua numerosità del campione (n=35).

Dall'analisi della varianza ANOVA, invece, emerge che c'è una differenza significativa tra i due sottogruppi, "intervento fallito" (%EWL<60%) e "intervento riuscito" (%EWL>60%) nei punteggi ottenuti alla TSIA alla valutazione svolta al Tempo 0 (reclutamento prima dell'intervento), in quanto il sottogruppo "intervento fallito" ha punteggi alla TSIA significativamente più alti rispetto al sottogruppo "intervento riuscito". Inoltre, ad un livello qualitativo possiamo vedere come il sottogruppo "intervento fallito" aveva di base un punteggio medio al totale della TSIA molto alto, 25,94 che nell'articolo di validazione italiana dello strumento (Caretto et al., 2011) corrisponde al punteggio ottenuto dalla popolazione con patologia medica e psichiatrica.

Rispetto alla TAS-20, invece, l'analisi della varianza ANOVA non mostra differenze significative tra i due sottogruppi, anzi a livello qualitativo possiamo vedere che il gruppo "intervento fallito" è composto da soggetti che al tempo 0 avevano un punteggio alla TAS-20 maggiore. Questo dato ci fa pensare che un basso dimagrimento è riportato dai soggetti più difesi e che non riescono o non vogliono riconoscere le proprie difficoltà tramite self-report.

Questi dati ci confermano non solo che l'alessitimia può influenzare la riuscita dell'intervento di chirurgia bariatrica in termini di perdita di peso, ma anche che questa relazione emerge soltanto con l'utilizzo della TSIA, che sembrerebbe dunque essere uno strumento più sensibile in questa popolazione clinica.

3.6 Limiti e punti di forza

Per una corretta interpretazione dei risultati è necessario conoscere i limiti di questo studio.

Il primo limite è costituito dalla poca numerosità del campione (n= 68), soprattutto nella valutazione al follow-up (n=35), dovuto ai criteri di inclusione del campione, in quanto sono state reclutate soltanto le persone con idoneità psicologica all'intervento di chirurgia che non

avevano avuto in passato, e non avevano al momento della valutazione, una sintomatologia psichiatrica (caratteristica diffusa nel campione gravemente obeso) e con un livello scolastico pari almeno al diploma di licenza media. Inoltre, anche la procedura e la somministrazione dell'intervista in un setting riservato e tranquillo, da ritagliare in ospedale, della durata di almeno 45 minuti, ha limitato il reclutamento del campione. Inoltre, il campione è costituito per lo più da donne, 76% del campione, anche se questa percentuale rispecchia una caratteristica di questa popolazione clinica, costituita per lo più da donne, Welbourn et al., (2019) riportando che il 74% degli obesi operati in tutto il mondo è costituito da donne.

Un ulteriore limite riguarda sempre il reclutamento del campione poiché è stato effettuato in un solo centro, ciò non rende il risultato generalizzabile a tutta la popolazione di obesi che cercano intervento di chirurgia bariatrica, in quanto il contesto influenza anche i risultati.

Infine, la presenza del follow-up a 6 mesi costituisce un limite di questo lavoro, sarebbe necessario un follow-up più lungo (1 anno) in quanto le linee guida internazionali (IFSO), consigliano di valutare la riuscita dell'intervento bariatrico dopo 1 anno dall'operazione.

Questi limiti mettono in luce la necessità di ulteriori studi di approfondimento.

D'altra parte, questa ricerca ha dei punti di forza, in quanto si propone come il primo studio in cui è stata utilizzata l'intervista per la valutazione dell'alessitimia nel campione obeso. Inoltre, è stata utilizzata una procedura rigorosa, in quanto, le interviste sono state trascritte e siglate da due giudici indipendenti.

Infine, anche se il follow-up è stato effettuato soltanto dopo 6 mesi dall'intervento, questo aspetto longitudinale è da considerarsi un punto di forza in quanto ha permesso una riflessione sul ruolo dell'alessitimia nell'intervento di chirurgia bariatrica, poco esplorato in letteratura.

CONCLUSIONI

I risultati di questa ricerca aprono spazio ad alcune riflessioni empiriche e cliniche.

Innanzitutto, i risultati mostrano notevoli differenze tra la valutazione dell'alessitimia svolta tramite self-report e tramite intervista, confermando l'idea che sia necessaria una valutazione multi-metodo di questo costrutto in questa popolazione clinica. Dai nostri risultati emerge che i risultati ottenuti tramite TAS-20 sono artefatti, in quanto sono tanto bassi da far pensare che i soggetti mentano, più o meno consapevolmente, nella compilazione del questionario. Alla luce di questo dato, la grande eterogeneità di risultati presente in letteratura, rispetto alla relazione tra alessitimia e obesità può essere letta come dipesa dall'utilizzo del self-report, la TAS-20, per la valutazione di questi soggetti.

Abbiamo visto, infatti, che l'utilizzo dell'intervista TSIA, anche se più impegnativo in termini di tempo e formazione, fornisce risultati differenti e più sensibili, che non solo mettono in luce le caratteristiche alessitimiche di questo campione, ma evidenziano anche quanto l'impiego di strumenti self-report possa essere limitante in alcuni contesti di ricerca.

I risultati ottenuti, tramite l'utilizzo della TSIA, confermano l'ipotesi che nei soggetti obesi ci siano alti livelli di alessitimia che portano l'individuo a ricorrere a oggetti esterni, come il cibo, e a comportamenti maladattivi, come abbuffarsi, per "autoregolare" emozioni che altrimenti non sono tollerate. Inoltre, questi soggetti appaiono molto concentrati soltanto sul disagio fisico tanto da non avere consapevolezza di questo loro funzionamento che, infatti, non emerge tramite un'autovalutazione così come richiesto dal self-report. Probabilmente è anche molto influente il peso della desiderabilità sociale, su questo campione ed in questo contesto che può essere vissuto come "giudicante", infatti, anche alla scala che valuta la sintomatologia psicofisica (SCL-90) ottengono punteggi molto bassi, risultando "più sani" della popolazione generale. Dunque, è importante sottolineare che in questa popolazione e in questo contesto, cioè durante il percorso che porta alla chirurgia bariatrica, è sconsigliato l'uso di strumenti self-report.

È, inoltre, importante riflettere sui risultati ottenuti sul follow-up, sempre grazie all'utilizzo della TSIA che mette in luce dati che non era possibile vedere tramite TAS-20. È emerso, infatti, che c'è una differenza significativa nei livelli di alessitimia tra coloro che falliscono l'intervento, in termine di peso in eccesso perso (%EWL) non sufficiente, e coloro che hanno risultati soddisfacenti: questo ci permette di dire che l'alessitimia ha un ruolo nella riuscita dell'intervento di chirurgia.

A questo punto possiamo provare a dare una risposta alla domanda posta dalla medicina: *come mai l'intervento bariatrico in alcuni pazienti fallisce? Ci sono fattori psicologici che interferiscono con la riuscita dell'intervento?*

Possiamo dire che l'intervento bariatrico, nonostante sia considerato il trattamento d'elezione per la cura dell'obesità, in alcuni casi fallisce perché agisce solo su un livello fisico e limitare il trattamento alla “modifica del corpo”, non basta se non sostenuto da altri cambiamenti. Come abbiamo visto, infatti, l'intervento consiste in una resezione della tasca gastrica che permette all'individuo di mangiare meno avendo precocemente la sensazione di sazietà, ma a quanto pare, ridurre la sensazione di fame non basta.

Ci sono, dunque, altri fattori, oltre alla fame, che portano l'individuo a mangiare?

I nostri dati ci inducono a pensare che, tra gli altri fattori, una disregolazione emotiva di base possa portare l'individuo a mangiare di più, anche dopo l'intervento di chirurgia. Ovviamente, non possiamo pensare che l'alessitimia sia l'unico fattore che possa spiegare il fallimento o la riuscita dell'intervento, ma in un'ottica biopsicosociale, l'alessitimia insieme ad altri fattori di vario tipo contribuisce alla riuscita della chirurgia bariatrica.

Questo ci porta a fare una riflessione clinica sul trattamento di questi pazienti in tale contesto. Benché l'importanza dello psicologo e dell'intervento multidisciplinare in questo contesto clinico sia riconosciuto dalle linee guida nazionale e internazionali, la funzione di questa figura professionale viene circoscritta alla valutazione psicodiagnostica: gli viene chiesto “soltanto” di fare una valutazione del paziente per definire se è “idoneo” alla chirurgia.

Alla luce dei dati riportati, questa funzione dello psicologo sembra essere limitante. Appare, infatti, la necessità di dover intervenire terapeuticamente su alcune modalità del paziente che, rimanendo stabili anche dopo l'intervento, ne possono compromettere la riuscita. Se, infatti, non si svolge un lavoro psicologico clinico che permetta al paziente di riconoscere quando e come mette in atto comportamenti disfunzionali, nei termini di mangiare per sedare emozioni non tollerate, la riuscita dell'intervento può essere compromessa. I soggetti perdono peso subito dopo l'intervento, in quanto la chirurgia porta immancabilmente ad una iniziale riduzione della quantità del cibo ingerito, ma nel lungo termine si potrebbe assistere ad una completa riacquisizione del peso perso: follow-up a lungo termine sono necessari per l'approfondimento di questo punto.

Ci auguriamo che questi risultati sfocino in ricadute cliniche: innanzitutto, un utilizzo più diffuso di interviste e colloqui, al posto dei self-report, nella fase valutativa sia nella clinica che

nella ricerca su questa popolazione clinica; l'inserimento dell' esplorazione dell'alesitimia come variabile a cui lo psicologo, che lavora nell'equipe bariatrica, deve porre attenzione nella fase di valutazione pre-operatoria; la creazione di percorsi psicologici individuali e/o di gruppo per tutti i pazienti con lo scopo di lavorare, tra le altre cose, sulle modalità di regolazione degli affetti e sul rapporto con il cibo, prima e dopo l'intervento di chirurgia bariatrica.

BIBLIOGRAFIA

- Adab, P., Pallan, M., & Whincup, P. H. (2018). Is BMI the best measure of obesity?.
- Adami F. G., Campostano A., Ravera G., Leggieri M., Scopinaro N. (2001). Alexithymia and body weight in obese patients. *Behaviour Medicine*, 27, 121-126.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and psychosomatics*, 32(1-4), 180-190.
- Arnold, M., Leitzmann, M., Freisling, H., Bray, F., Romieu, I., Renehan, A., & Soerjomataram, I. (2016). Obesity and cancer: an update of the global impact. *Cancer epidemiology*, 41, 8-15.
- Atlantis, E., & Baker, M. (2008). Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International journal of obesity*, 32(6), 881.
- Avcı, D., & Kelleci, M. (2016). Alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus: the role of anxiety, depression, and glycemic control. *Patient preference and adherence*, 10, 1271.
- Bacchini D., Licenziati M. R., Garrasi A., Corciulo N., Driul D., Tanas R., Fiumani P.M., Di Pietro E., Pesce S., Crinò A., Maltoni G., Iughetti L., Sartorio A., Deiana M., Lombardi F., Valerio G. (2015) “*Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study*”, *Bullying in Overweight and Obese Children*, Plos One.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(1), 25-39.
- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del Sé. *La plasticità del Sé. Una prospettiva neuropsicodinamica*, Il Mulino, Bologna, 93-130.

- Balottin L., Nacinovich R., Bomba M., Mannarini S., (2014), Alexithymia in parents and adolescent anorexic daughters: comparing the responses to TSIA and TAS-20 scales, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1941-1951
- Berenson, K. R., Dochat, C., Martin, C. G., Yang, X., Rafaeli, E., & Downey, G. (2018). Identification of mental states and interpersonal functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(2), 172.
- Blaine, B., 2008. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology*, 13, 1190–1197.
- Brauhardt, A., Rudolph, A., & Hilbert, A. (2014). Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(2), 285-290.
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., ... & Todarello, O. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 551-559.
- Brethauer, S. A., Kim, J., El Chaar, M., Pappasavas, P., Eisenberg, D., Rogers, A., Ballem, N., Kligman, M., Kothary, S. & ASMBS Clinical Issues Committee. (2015). Standardized outcomes reporting in metabolic and bariatric surgery. *Obesity surgery*, 25(4), 587-606.
- Bucci W. (1997), Symptoms and symbols. A multiple code theory of somatization, *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Caretti, V., Porcelli, P., Solano, L., Schimmenti, A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2011). Reliability and validity of the Toronto Structured Interview for Alexithymia in a mixed clinical and nonclinical sample from Italy. *Psychiatry research*, 187(3), 432-436.
- Colquitt, J. L., Pickett, K., Loveman, E., & Frampton, G. K. (2014). Surgery for weight loss in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).
- Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Batacchi, M. W. (1999). BUT: una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 66, 417-428.
- Da Ros A., Vinai P., Gentile N., Forza G., Cardetti S., (2011), Evaluation of alexithymia and depression in severe obese patients not affected by eating disorders, *Eating Weight Disorders*, 16, 24-29
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. Houghton Mifflin Harcourt.

de Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60.

De Wit, L., Luppino, F., van Straten, A., Penninx, B., Zitman, F., & Cuijpers, P. (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry research*, 178(2), 230-235.

de Zwaan M., Bach M., Mitchell J.E., Ackard D., Specker S.M., Pyle R.L. e Pakesch G. (1995) Alexithymia, obesity and binge eating disorder, *International Journal of Eating Disorders*, 17, 135-140

de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25 (Suppl.) 1, S51–S55.

Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. *Clinical Psychometric Research.*, 1-16.

Di Bernardo, M., Barciulli, E., Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Cabras, P. L., & Rotella, C. M. (1998). Validazione della versione italiana della Binge Eating Scale in pazienti obesi. *Minerva psichiatrica*, 39(3), 125-130.

Di Tella, M., & Castelli, L. (2016). Alexithymia in chronic pain disorders. *Current rheumatology reports*, 18(7), 41.

Di Trani, M., Mariani, R., Renzi, A., Greenman, P. S., & Solano, L. (2018). Alexithymia according to Bucci's multiple code theory: A preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 232-247.

Eid, M. E., & Diener, E. E. (2006). *Handbook of multimethod measurement in psychology*. American Psychological Association.

Elfhag K, Lundh LG. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology*. 48: 391-398.

Exner, J. E., Jr. (1993). *Wiley series in personality processes. The Rorschach: A comprehensive system: Basic foundations (3rd ed.)*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 63(1), 1-8.

- Fernandes J., Ferreira-Santos F., Miller K., Torres S. (2018). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Review*. 19, 111-120.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker O., Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.
- Gariepy, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*, 34(3), 407.
- Geel M van, Vedder P., Tanilon J. (2014). Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta- analysis on the relation between weight status and bullying”, *International Journal of Obesity*. 38, 1263–1267.
- Gerlach, G., Loeber, S., & Herpertz, S. (2016). Personality disorders and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, 17(8), 691-723.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(3), 51-60.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G. H., ... & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(3), 189-194.
- Guedes, E. P., Madeira, E., Mafort, T. T., Madeira, M., Moreira, R. O., Mendonça, L. M., ... & Farias, M. L. F. (2013). Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *Diabetology & metabolic syndrome*, 5(1), 82.
- Hamoui, N., Kingsbury, S., Anthone, G. J., & Crookes, P. F. (2004). Surgical treatment of morbid obesity in schizophrenic patients. *Obesity surgery*, 14(3), 349-352.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive psychiatry*, 35(2), 124-128.
- Haviland, M. G., Warren, W. L., & Riggs, M. L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics*, 41(5), 385-392.

Heinberg, L. J., Ashton, K., & Coughlin, J. (2012). Alcohol and bariatric surgery: review and suggested recommendations for assessment and management. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(3), 357-363.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2007). Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(5), 312.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T., & Viinamäki, H. (2010). Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Journal of psychosomatic research*, 68(3), 269-273.

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M. L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 50(3), 263-268.

Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Contardi, A., Continisio, M., Castelnuovo, G., Manzoni, G.M., Fabbriatore, M. (2016). Factor structure of the binge eating scale in a large sample of obese and overweight patients attending low energy diet therapy. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 174-178.

Izci, F., Gültekin, B. K., Saglam, S., Koc, M. I., Zincir, S. B., & Atmaca, M. (2014). Temperament, character traits, and alexithymia in patients with panic disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 879.

Jane M, Foster J., Hagger M., Pa S. (2015). "Using new technologies to promote weight management: a randomised controlled trial study protocol", BMC Public Health.

Jula, A., Salminen, J. K., & Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33(4), 1057-1061.

Kahn, S. E., Hull, R. L., & Utzschneider, K. M. (2006). Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature*, 444(7121), 840.

Kano, M., Hamaguchi, T., Itoh, M., Yanai, K., & Fukudo, S. (2007). Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human. *Pain*, 132(3), 252-263.

Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity*, 31(8), 1248.

- Keith, S. W., Redden, D. T., Katzmarzyk, P. T., Boggiano, M. M., Hanlon, E. C., Benca, R. M., ... & Wang, C. (2006). Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled. *International journal of obesity*, 30(11), 1585.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 33(1), 17-31.
- Kulendran, M., Borovoi, L., Purkayastha, S., Darzi, A., & Vlaev, I. (2017). Impulsivity predicts weight loss after obesity surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(6), 1033-1040.
- LeDoux, J. (1996). Il cervello emotivo, alle origini delle emozioni. *Milano*, 19992, 19981.
- Legenbauer, T., De Zwaan, M., Benecke, A., Mühlhans, B., Petrak, F., & Herpertz, S. (2009). Depression and anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals. *Obesity Facts*, 2(4), 227-234.
- Lemche, A. V., Chaban, O. S., & Lemche, E. (2014). Alexithymia as a risk factor for type 2 diabetes mellitus in the metabolic syndrome: a cross-sectional study. *Psychiatry research*, 215(2), 438-443.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70(5), 254-260.
- Lumley, M. A., & Roby, K. J. (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and psychosomatics*, 63(3-4), 201-206.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Ma, J., & Xiao, L. (2010). Obesity and depression in US women: results from the 2005–2006 National Health and Nutritional Examination Survey. *Obesity*, 18(2), 347-353.
- MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain"; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic medicine*.
- Marechal V., Loas G., Legrand A., Corcos M., (2009), Alexithymia in severely obese patients seeking surgical treatment, *Psychological Reports*, 105, 935-944
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-356.

- Montebarocci O, Surcinelli P. (2018), Correlations between TSIA and TAS-20 and their relation to self-reported negative affect: A study using a multi-method approach in the assessment of alexithymia in a nonclinical sample from Italy. *Psychiatric Research*, 270: 187-193.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *BioPsychoSocial medicine*, 1(1), 7.
- Morosin A., Riva G., (1997), Alexithymia in a clinical sample of obese woman, *Psychological Reports*, 80, 387-394
- Murphy, E. A., & Jenkins, T. J. (2019). A ketogenic diet for reducing obesity and maintaining capacity for physical activity: hype or hope? *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 22(4), 314-319.
- Neymotin, F., & Nemzer, L. R. (2014). Locus of control and obesity. *Frontiers in endocrinology*, 5, 159.
- Nemiah, J. C. (1978). Alexithymia and psychosomatic illness. *J Conti Educ Psychiatry*, 39, 25-37.
- Nemiah, J. C., Sifneos, P. E. (1970). "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders" in Hill O. W. *Modern Trend in Psychosomatic Medicine*. Butterworths, London, vol 2, 26-34
- Neovius, M., Narbro, K., Keating, C., Peltonen, M., Sjöholm, K., Ågren, G., Carlsson, L. (2012). Health care use during 20 years following bariatric surgery. *Jama*, 308(11), 1132-1141.
- New, A. S., Rot, M. A. H., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein S. R., Koenigsberg H. W., Hazlett E. A., Goodman M., Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675.
- NIH conference. (1991). Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus development conference panel. *Ann Intern Med*, 115(12), 956-961.
- Noll, J. G., Zeller, M. H., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2007). Obesity risk for female victims of childhood sexual abuse: a prospective study. *Pediatrics*, 120(1), e61-e67.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, 1(1), 21.

- Onur, E., Alkın, T., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2013). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatric Quarterly*, *84*(3), 303-311.
- Ortega, F. B., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (2016). Obesity and cardiovascular disease. *Circulation research*, *118*(11), 1752-1770.
- Osland, E., Yunus, R. M., Khan, S., Memon, B., & Memon, M. A. (2017). . *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques*, *27*(1), 8-18.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, *5*(1), 11-31.
- Papageorgiou, G. M., Papakonstantinou, A., Mamplekou, E., Terzis, I., & Melissas, J. (2002). Pre-and postoperative psychological characteristics in morbidly obese patients. *Obesity surgery*, *12*(4), 534-539.
- Paone, E., Pierro, L., Damico, A., Aceto, P., Campanile, F. C., Silecchia, G., & Lai, C. (2019). Alexithymia and weight loss in obese patients underwent laparoscopic sleeve gastrectomy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *24*(1), 129-134.
- Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation. *Psychological assessment*, *20*(4), 385.
- Pearce, M. J., Boergers, J., & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity research*, *10*(5), 386-393.
- Peters, R. M., & Lumley, M. A. (2007). Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. *Comprehensive psychiatry*, *48*(1), 34-41.
- Peterson, N. D., Middleton, K. R., Nackers, L. M., Medina, K. E., Milsom, V. A., & Perri, M. G. (2014). Dietary self-monitoring and long-term success with weight management. *Obesity*, *22*(9), 1962-1967.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., & Taylor, G. J. (1995). Alexithymia in inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*, *64*(1), 49-53.
- Porcelli, P., Affatati, V., Bellomo, A., De Carne, M., Todarello, O., & Taylor, G. J. (2004). Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, *73*(2), 84-91.

- Porcelli, P., & Todarello, O. (2005). Il gruppo di Toronto e la ricerca sull'alessitimia. *V. Caretti & D. La Barbera (a cura di). Alessitimia. Valutazione e trattamento. Roma: Astrolabio.*
- Porcelli, P., & Mihura, J. L. (2010). Assessment of alexithymia with the Rorschach comprehensive system: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *Journal of Personality Assessment, 92*(2), 128-136.
- Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2014). Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome. *Comprehensive psychiatry, 55*(7), 1647-1653.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *European psychiatry, 27*(8), 591-597.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity, 17*(5), 941-964.
- Ransom, D., Ashton, K., Windover, A., & Heinberg, L. (2010). Internal consistency and validity assessment of SCL-90-R for bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 6*(6), 622-627.
- Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Ludman, E. J., Linde, J. A., Jeffery, R. W., & Operskalski, B. H. (2008). Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child abuse & neglect, 32*(9), 878-887.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and Clinical Psychology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Rucker, D., Padwal, R., Li, S. K., Curioni, C., & Lau, D. C. (2007). Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. *Bmj, 335*(7631), 1194-1199.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*.
- Sampogna, F., Puig, L., Spuls, P., Girolomoni, G., Radtke, M. A., Kirby, B., ... & Lavie, F. (2017). Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *British Journal of Dermatology, 176*(5), 1195-1203.
- Shaw KA, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of 2005* Art. No.: CD003818.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics, 22*(2-6), 255-262.

Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 824-830.

Solano, L. (2013). *Tra Mente e Corpo* (nuova edizione). Raffaello Cortina, Milano.

Sowers, M. R., & Karvonen-Gutierrez, C. A. (2010). The evolving role of obesity in knee osteoarthritis. *Current opinion in rheumatology*, 22(5), 533.

Tate, D. F., Jeffery, R. W., Sherwood, N. E., & Wing, R. R. (2007). Long-term weight losses associated with prescription of higher physical activity goals. Are higher levels of physical activity protective against weight regain?. *The American journal of clinical nutrition*, 85(4), 954-959.

Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191-199.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., & Parker, J. D. (1990). Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(4), 290-297.

Taylor, G. J., Bagby R. M., Parker J. D. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University press. Cambridge

Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 487-508.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive behaviors*, 34(3), 237-245.

Tibon S, Weinberger Y, Handelzaltz JE, Porcelli P. (2005). Construct validation of the Rorschach reality-fantasy scale in alexithymia. *Psychoanalytic Psychology*, 22: 508-523.

Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 987-994.

Toneatto, T., Lecce, J., & Bagby, M. (2009). Alexithymia and pathological gambling. *Journal of Addictive Diseases*, 28(3), 193-198.

van Kerkhoven, L. A., van Rossum, L. G., van Oijen, M. G., Tan, A. C., Witteman, E. M., Laheij, R. J., & Jansen, J. B. (2006). Alexithymia is associated with gastrointestinal symptoms, but does not predict endoscopy outcome in patients with gastrointestinal symptoms. *Journal of clinical gastroenterology*, 40(3), 195-199.

Vorst, H. C., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and individual differences*, 30(3), 413-434.

Welbourn R., Hollyman M., Kinsman R., Dixon J., Liem R., Ottosson J., Ramos A., Vage V., Al-Sabah S., Brown W., Cohen R., Walton P., Himpens J. (2019). Bariatric surgery worldwide: baseline demographic description and one-year outcomes from the fourth IFSO global registry report 2018. *Obesity surgery*, 29(3), 782-795.

Wimmelmann C.L., Dela F. e Mortensen E.L., (2014). Psychological predictors of weight loss after bariatric surgery: a review of the recent research, *Obesity Research & Clinical Practice*, 8, 299-313

World Health Organisation, (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894, Genova.

Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1030-1042.

SITOGRAFIA

www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics>

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

<https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018>

APPENDICE 1: SCL-90-R

Nella lista che segue sono elencati problemi e disturbi che le persone spesso hanno. La legga attentamente e cerchi di ricordare quanto ne ha sofferto nella scorsa settimana (compreso oggi). Risponda a tutte le domande mettendo una crocetta X, senza saltarne nessuna.

	PER NIENTE	UN POCO	MODERATA- MENTE	MOLTO	MOLTISSIMO
Mal di testa					
Nervosismo o agitazione interna					
Incapacità a scacciare pensieri o parole indesiderate					
Svenimenti o vertigini					
Perdita di interesse o di desiderio sessuale					
Tendenza a criticare gli altri					
Qualcuno controlla il suo pensiero					
Gli altri sono responsabili dei suoi problemi					
Difficoltà a ricordare le cose					
Preoccupato di essere trascurato nel fare le cose					
Arrabbiarsi o irritarsi facilmente					
Dolori al cuore o al petto					
Aver paura in spazi aperti o per strada					
Sentirsi debole o fiacco					
Idee di togliersi la vita					
Sentire voci che gli altri non sentono					
Tremori					
Mancanza di fiducia negli altri					
Scarso appetito					
Facili crisi di pianto					
Sentirsi intimidito nei confronti dell'altro sesso					
Sentirsi in una trappola da cui non si riesce ad uscire					
	PER NIENTE	UN POCO	MODERATA- MENTE	MOLTO	MOLTISSIMO

Paure improvvise, senza apparente motivo					
Scatti di rabbia incontrollata					
Paura di uscire da solo					
Rimproverarsi molto per qualcosa					
Dolori alla schiena					
Incapace di portare a termine le cose					
Sentirsi solo					
Sentirsi giù di morale					
Preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa					
Mancanza di interesse nelle cose					
Senso di paura costante					
Sentirsi facilmente ferito o offeso					
Gli altri percepiscono i suoi pensieri					
Sensazione che gli altri non la capiscono					
Sensazione di essere antipatico alle persone					
Fare le cose lentamente per essere sicuro di farle bene					
Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola					
Senso di nausea o mal di stomaco					
Sentirsi inferiore agli altri					
Dolori muscolari					
Sensazione che gli altri la guardino o parlino di lei					
Difficoltà ad addormentarsi					
Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fa					
Difficoltà a prendere le decisioni					
Paura a viaggiare in autobus o in treno					
Sentirsi senza fiato					
Vampate di calore o brividi di freddo					
Evitare oggetti, luoghi o attività che la spaventano					
Senso di vuoto nella testa					
Torpore o formicolio in alcune parti del corpo					
Nodo alla gola					
	PER NIENTE	UN POCO	MODERATA- MENTE	MOLTO	MOLTISSIMO

Pensare al futuro senza speranza					
Difficoltà a concentrarsi					
Debolezza in qualche parte del corpo					
Sentirsi teso o sulle spine					
Pesantezza alle braccia o alle gambe					
Idee di morte					
Mangiare troppo					
Fastidio quando la gente la guarda o parla di lei					
Avere pensieri che sente estranei					
Sentire l'impulso di colpire o far del male a qualcuno					
Svegliarsi presto senza riuscire più ad addormentarsi					
Bisogno di ripetere le azioni (contare, lavarsi, ecc.)					
Sonno inquieto o disturbato					
Impulso a rompere gli oggetti					
Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono					
Sentirsi molto in imbarazzo in presenza degli altri					
Sentirsi a disagio nella folla (negozi, cinema, ecc.)					
Sensazione che tutto quello che fa è uno sforzo					
Momenti di terrore o di panico					
Disagio quando mangia o beve in presenza degli altri					
Avere frequenti litigi con le persone					
Essere a disagio quando è solo					
Convinzione che gli altri non la apprezzino					
Sentirsi solo o triste anche se sta in compagnia					
Sentirsi irrequieto tanto da non poter star fermo					
Sentirsi inutile					
Sensazione che le cose familiari siano estranee o irreali					
Urlare o scagliare oggetti					
	PER NIENTE	UN POCO	MODERATA- MENTE	MOLTO	MOLTISSIMO

Aver paura di svenire davanti agli altri					
Sensazione che gli altri approfittano di lei					
Pensieri sul sesso che la infastidiscono					
Idea di dover essere punito per i suoi peccati					
Sentirsi costretto a portare a termine ciò che ha iniziato					
Pensare di avere una grave malattia fisica					
Non sentirsi mai vicino alle altre persone					
Sentirsi in colpa					
Sensazione che qualcosa non va nella sua testa					

APPENDICE 2: 20-item for Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Questionario TAS-20

La invitiamo a fornire le Sue risposte spontaneamente e rapidamente ed a compilare il questionario in tutte le sue parti.

Il questionario è anonimo; Le chiederemo solamente alcuni dati anagrafici, che non inficiano l'anonimato né il rispetto delle attuali normative sulla privacy.

Cognome e Nome _____ Data ___/___/___

Indichi quanto lei è d'accordo con ciascuna delle seguenti frasi, mettendo una X nella casella appropriata. Indichi una sola risposta per ciascuna frase, tenendo presente che :

- (1) Non sono per niente d'accordo
- (2) Non sono molto d'accordo
- (3) Non sono nè d'accordo nè in disaccordo
- (4) Sono d'accordo in parte
- (5) Sono completamente d'accordo

1	Mi capita spesso di non capire bene che emozioni provo.	1	2	3	4	5
2	Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti.	1	2	3	4	5
3	Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono.	1	2	3	4	5
4	Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti.	1	2	3	4	5
5	Preferisco approfondire i problemi piuttosto che descriverli semplicemente.	1	2	3	4	5
6	Quando ho un imprevisto, non so se sono triste, spaventato/a, arrabbiato/a.	1	2	3	4	5
7	Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo.	1	2	3	4	5
8	Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché siano andate in quel modo.	1	2	3	4	5
9	Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare.	1	2	3	4	5
10	Farsi coinvolgere dalle emozioni è fondamentale.	1	2	3	4	5
11	Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri.	1	2	3	4	5
12	Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti.	1	2	3	4	5
13	Non capisco cosa stia accadendo dentro di me.	1	2	3	4	5
14	Spesso non so perché mi arrabbio.	1	2	3	4	5
15	Con le persone preferisco parlare delle cose che fanno ogni giorno piuttosto che delle loro emozioni.	1	2	3	4	5
16	Preferisco vedere spettacoli leggeri piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico.	1	2	3	4	5
17	Mi è difficile rivelare i miei sentimenti più profondi anche agli amici più intimi.	1	2	3	4	5
18	Posso sentirmi vicino ad una persona, anche se stiamo in silenzio.	1	2	3	4	5
19	Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali.	1	2	3	4	5
20	Cercare significati nascosti in film o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo.	1	2	3	4	5

APPENDICE 3: BES - BINGE EATING SCALE

Il BES è un Questionario di Autovalutazione che esplora il comportamento alimentare individuale e il rapporto della persona ha con il cibo.

La compilazione del Questionario deve essere effettuata selezionando l'affermazione che sembra più adatta a descrivere la propria condizione emotiva.

Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario selezionare una sola delle tre/quattro opzioni disponibili.

Domanda 1.

1. Non penso al mio peso e alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone
2. Mi preoccupo del mio aspetto ma questo non mi rende insoddisfatta/o di me
3. Penso al mio aspetto e al mio peso e mi sento delusa/o da me stessa/o
4. Penso molto al mio peso e provo spesso forte vergogna e disgusto per me stessa/o. Perciò evito per quanto possibile di incontrare altre persone

Domanda 2.

1. Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduta/o in maniera corretta
2. Mi sembra di trangugiare il cibo ma alla fine non mi sento troppo piena/o per aver mangiato eccessivamente
3. A volte mangio velocemente e dopo mi sento troppo piena/o
4. Di solito ingollo il cibo quasi senza masticarlo e poi mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo

Domanda 3.

1. Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo
2. Penso di avere minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone
3. Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo
4. Mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione e cerco disperatamente di combattere i miei impulsi verso il cibo

Domanda 4.

1. Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o
2. Qualche volta mangio quando sono annoiata/o, ma spesso riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
3. Spesso mangio quando sono annoiata/o, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
4. Ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o e niente riesce a farmi smettere

Domanda 5.

1. Di solito, quando mangio qualcosa è perché ho fame
2. Talvolta mangio d'impulso, senza avere veramente fame
3. Mi capita spesso di mangiare per soddisfare una sensazione di fame anche se fisicamente non ho bisogno di cibo; in queste occasioni non riesco nemmeno a gustare quello che mangio
4. Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatta/o solo quando riesco a riempirmi la bocca (per esempio con un pezzo di pane). Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare

Domanda 6.

1. Non mi sento per nulla in colpa, né provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo
2. A volte mi sento in colpa o provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo
3. Quasi sempre provo un forte senso di colpa o odio per me stessa/o se ho mangiato troppo

Domanda 7.

1. Quando sono a dieta non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche in momenti in cui mangio troppo
2. Quando sono a dieta e mangio un cibo proibito, sento che ormai ho trasgredito e mangio ancora di più
3. Quando sono a dieta e mangio più del dovuto mi dico spesso: "Ormai hai trasgredito, perché non vai fino in fondo?" Quando questo succede, mangio ancora di più
4. Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni

Domanda 8.

1. È raro che io mangi così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o
2. Circa una volta al mese mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o
3. Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti
4. Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male e ho nausea

Domanda 9.

1. La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo
2. Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di mangiare pochissime calorie per compensare l'eccesso del pasto precedente.
3. Ho l'abitudine di mangiare troppo di sera. Di solito non ho fame la mattina e mangio troppo la sera

4. Da adulto ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete da fame, a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni

Domanda 10.

1. Di solito riesco a smettere di mangiare quando lo decido. So quando è ora di dire basta
2. A volte avverto un impulso a mangiare che non riesco a controllare
3. Spesso avverto impulsi a mangiare così forti che non riesco a vincerli, mentre altre volte riesco a controllarmi
4. Mi sento del tutto incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non farcela a smettere di mangiare con un atto di volontà

Domanda 11.

1. Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento piena/o
2. Di solito riesco a smettere di mangiare appena mi sento piena/o, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi piena/o in modo sgradevole
3. Per me è un vero problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito, alla fine, mi sento piena/o in modo sgradevole
4. Per me è un vero problema smettere di mangiare e qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo

Domanda 12.

1. Quando sono con gli altri (incontri familiari, occasioni sociali) mi sembra di mangiare come quando sono da sola/o
2. Quando sono con gli altri a volte non mangio quanto vorrei, perché sono consapevole dei miei problemi con il cibo
3. Quando sono con gli altri spesso mangio poco, perché mangiare di fronte ad altri mi imbarazza molto
4. Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scelgo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto

Domanda 13.

1. Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino
2. Faccio tre pasti al giorno e di solito anche degli spuntini
3. Quando faccio molti spuntini salto i pasti regolari
4. Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari

Domanda 14.

1. Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare che non vorrei avere

2. A volte la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare l'impulso a mangiare
3. Spesso passo molto tempo pensando a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare
4. La mia mente è occupata per la maggior parte del tempo da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare

Domanda 15.

1. Non penso molto al cibo
2. Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo
3. Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo
4. La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare

Domanda 16.

1. Di solito so se sono affamata/o oppure no. Prendo la porzione giusta per saziarmi.
2. A volte non so bene se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziarmi.
3. Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non avrei un'idea chiara di quale sarebbe, per me, una normale quantità di cibo

APPENDICE 4: Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)

R. Michael Bagby, Ph.D., C. Psych

Graeme J. Taylor, M.D., FRCPC

Susan E. Dickens, M.A.

James D.A. Parker, Ph.D.

Correspondence:

R. Michael Bagby, Ph.D., C. Psych.
Centre for Addiction and Mental Health – College Street Site
250 College Street
Toronto, Ontario, M5T 1R8, Canada
Tele: 416-535-8501 ext.6939
FAX : 416-260-4125
e-mail: michael_bagby@camh.net

Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)

Identificazione del Soggetto e Informazioni Sociodemografiche

<p>Nome dell'Intervistatore</p> <p>Data dell'Intervista</p> <p>Nome o iniziali del Soggetto</p> <p>_____</p> <p>Numero di identificazione del Soggetto</p> <p>Sesso</p> <p>...1 Maschile</p> <p>...2 Femminile</p> <p>...3 Altro</p> <p>Età</p> <p>_____</p>	<p>Stato coniugale attuale</p> <p>1 Coniugato/a o stabilmente convivente</p> <p>2 Vedovo/a</p> <p>3 Divorziato o ottenuto annullamento</p> <p>4 Separato da matrimonio o convivenza</p> <p>5 Single (mai coniugato né convivente)</p> <p>Nazionalità alla nascita</p> <p>_____</p> <p>Gruppo Etnico</p> <p>_____</p> <p>Livello di Istruzione</p> <p>_____</p> <p>Occupazione (se attualmente non occupato, indicare l'occupazione abituale)</p> <p>_____</p>
--	---

Istruzioni per l'intervistatore

Prima di somministrare la TSIA l'intervistatore dovrà studiare il Manuale per la Somministrazione e la Siglatura ed avere familiarità con il costrutto dell' Alessitimia. Gli item verranno letti a voce; seguirà la corrispondente domanda di approfondimento dopo che il paziente o partecipante alla ricerca abbia fornito una risposta SI o NO. Per ottenere le informazioni necessarie ad una siglatura accurata degli item possono essere richiesti ulteriori suggerimenti o approfondimenti. Non vi è alcun problema a richiedere chiarimenti o esempi aggiuntivi per tutto il corso dell'intervista. Registrare la risposta completa ad ogni item nel riquadro apposito e assegnare un punteggio (0, 1, o 2). Al termine dell'intervista, può risultare opportuno rivedere e rivalutare il punteggio assegnato ad alcuni item confrontando le risposte fornite dal soggetto con gli esempi forniti nel Manuale per la Somministrazione e la Siglatura. Per ottenere il punteggio TSIA totale e i punteggi delle scale relative ai singoli fattori, occorre registrare e sommare i numeri ottenuti nel riquadro riportato nell'ultima pagina della TSIA.

Istruzioni per il Soggetto

In questa intervista le porrò delle domande che riguardano la sua capacità di identificare i diversi sentimenti e le sue eventuali difficoltà nel descrivere i suoi sentimenti ad altri. Le chiederò anche del suo modo di pensare e di ricercare soluzioni a problemi, come anche del suo tipo di immaginazione. Non ci sono risposte “giuste” o “sbagliate” alle domande che le farò. Le domande hanno a che fare con il modo in cui lei si vede e in cui altri possono vederla. E’ importante che risponda alle domande in un modo che rifletta il suo modo abituale di essere.

Item 1 – Difficoltà nell’Identificare i Sentimenti	
<p>Le capita a volte di essere in dubbio o confuso/a su quale emozione sta provando?</p> <p>Se NO: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui aveva chiaro il tipo di emozione che stava provando.</p> <p>Se SI: Le capita di essere in dubbio sulle sue emozioni nella maggior parte dei casi o solo qualche volta? E’ mai capitato che altri dicessero che appariva in dubbio o confuso/a sul tipo di emozione che provava? Mi dia qualche esempio.</p>	
<p>0 Il soggetto è raramente o mai in dubbio o confuso in merito alle sue emozioni. 1 E’ a volte in dubbio o confuso. 2 E’ quasi sempre in dubbio o confuso .</p>	<p>Item 1 Punteggio:</p>

Item 2 – Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti ad Altri	
<p>Le risulta facile di solito trovare le parole per descrivere i suoi sentimenti ad altri?</p> <p>Se SI: Mi dia qualche esempio di quando ha trovato facilmente le parole per descrivere i suoi sentimenti ad altri.</p> <p>Se NO: Quanto spesso le capita di avere difficoltà a trovare le parole per descrivere i suoi sentimenti ad altri? Le è mai capitato che altri dicessero che sembrava in difficoltà a descrivere i suoi sentimenti? Mi dia qualche esempio.</p>	
<p>0 Gli/le risulta di solito facile trovare le parole per descrivere i propri sentimenti ad altri. 1 Gli/le risulta a volte difficile trovare le parole per descrivere i propri sentimenti e può essere accaduto che altri l’abbiano commentato. 2 Gli/le risulta quasi sempre difficile trovare le parole per descrivere i propri sentimenti e può essere accaduto che altri l’abbiano commentato.</p>	<p>Item 2 Punteggio:</p>

Item 3 – Pensiero orientato all’Esterno

Trova utile prendere in considerazione i suoi sentimenti quando sta cercando di risolvere un problema personale?

Se SI: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui ha utilizzato i suoi sentimenti per risolvere un problema personale.

Se NO: Che approccio utilizza per risolvere i suoi problemi? Mi dia qualche esempio.

0 Trova in genere utile prendere in considerazione i propri sentimenti nel cercare di risolvere problemi personali.

1 Solo occasionalmente trova utile prendere in considerazione i propri sentimenti nel cercare di risolvere problemi personali.

2 Raramente o mai trova utile prendere in considerazione i propri sentimenti nel cercare di risolvere problemi personali.

Item 3
Punteggio:

Item 4 – Processi Immaginativi

Le capita di utilizzare la sua immaginazione?

Se SI: Mi dia qualche esempio di come utilizza la sua immaginazione.

Se NO: Direbbe di avere molta immaginazione? Potrebbe darmi qualche esempio di situazioni in cui ha utilizzato la sua immaginazione?

0 Il soggetto utilizza la propria immaginazione.

1 Il soggetto fa un uso limitato della propria immaginazione

2 Il soggetto non utilizza la propria immaginazione.

Item 4
Punteggio:

Item 5 - Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti	
Quando si sente turbato/a, riesce a distinguere se è arrabbiato/a, triste, o ansioso/a?	
Se SI: Mi dia qualche esempio.	
Se NO: Come si sente quando è turbato/a?	
0 Il soggetto è in grado di riconoscere l'emozione specifica che prova quando è turbato. 1 Il soggetto riesce a riconoscere qualcosa ma non è in grado di distinguere pienamente tra diversi stati emozionali quando è turbato. 2 Il soggetto mostra una capacità solo remota di riconoscimento delle emozioni che prova quando è turbato.	Item 5 Punteggio:

Item 6 - Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti ad Altri	
Trova difficile descrivere a qualcuno i sentimenti che prova riguardo a terze persone?	
Se NO: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui ha trovato facilmente le parole per descrivere i sentimenti che provava nei confronti di altri.	
Se SI: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui ha avuto difficoltà a trovare le parole per descrivere i sentimenti che provava nei confronti di un'altra persona.	
0 Il soggetto non trova difficile descrivere i propri sentimenti nei confronti delle persone. 1 Il soggetto ha qualche difficoltà a descrivere i propri sentimenti nei confronti delle persone. 2 Il soggetto ha notevoli difficoltà a descrivere i propri sentimenti nei confronti delle persone.	Item 6 Punteggio:

Item 7 – Pensiero orientato all’Esterno

Ha la tendenza a lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che cercare di capire perché vanno in un certo modo?

Se NO: Mi dia qualche esempio di occasioni in cui ha cercato di capire perchè quella determinata cosa fosse andata proprio in quel modo

Se SI: E’ la sua tendenza abituale? Mi dia qualche esempio.

- 0 Il soggetto cerca di solito di capire perché le cose vanno in un certo modo.
1 Il soggetto qualche volta cerca di capire perché le cose vanno in un certo modo.
2 Il soggetto raramente o mai cerca di capire perché le cose vanno in un certo modo.

Item 7:
Punteggio:

Item 8 – Processi Immaginativi

Le capita raramente di fare delle fantasie?

Se SI o NO: Su cosa fantastica? Mi dia qualche esempio.

- 0 Non è raro che il soggetto faccia delle fantasie, e in genere c’è una buona dose di immaginazione.
1 Non è raro che il soggetto faccia fantasie, ma si tratta di cose banali o quotidiane.
2 Il soggetto raramente o mai fa delle fantasie.

Item 8
Punteggio:

Item 9 - Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti	
<p>Le capita di sperimentare emozioni che non riesce ad identificare pienamente?</p> <p>Se NO: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui è riuscito/a ad identificare le sue emozioni.</p> <p>Se SI: Come descriverebbe questa esperienza? Mi dia qualche esempio di questa difficoltà.</p>	
<p>0 Il soggetto è in grado di identificare le proprie emozioni come sentimenti specifici.</p> <p>1 Il soggetto è in grado di identificare le proprie emozioni come sentimenti specifici solo in parte.</p> <p>2 Il soggetto non è in grado di identificare le proprie emozioni come sentimenti specifici..</p>	
	<p>Item 9</p> <p>Punteggio:</p>

Item 10 – Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti ad Altri	
<p>Quando si trova in situazioni stressanti trova difficile descrivere come si sente?</p> <p>Se NO: Mi dia qualche esempio di situazioni stressanti e mi descriva come si è sentito in quei momenti.</p> <p>Se SI: Come si esprime questa difficoltà? Mi dia qualche esempio.</p>	
<p>0 Il soggetto non trova difficile descrivere come si sente.</p> <p>1 Il soggetto trova qualche difficoltà a descrivere come si sente.</p> <p>2 Il soggetto trova notevoli difficoltà a descrivere come si sente.</p>	
	<p>Item 10</p> <p>Punteggio:</p>

Item 11 – Pensiero orientato all’Esterno

Quando parla con gli altri, i discorsi tendono a riguardare attività quotidiane più che sentimenti?

Se NO: Mi dia qualche esempio di come interagisce solitamente con gli altri.

Se SI: E’ questo il suo modo abituale di interagire con gli altri? Mi dia qualche esempio.

- 0 Il soggetto tende a parlare con altri di sentimenti .
1 Il soggetto qualche volta parla con altri di sentimenti .
2 Il soggetto raramente o mai parla con altri di sentimenti.

Item 11
Punteggio:

Item 12 – Processi Immaginativi

Quando le capita di incontrare o di vedere un estraneo/a le viene da immaginare che tipo di persona potrebbe essere?

Se SI: Mi dia qualche esempio di come utilizza la sua immaginazione o di che tipo di cose potrebbe immaginare.

Se NO: Che cosa pensa quando la capita di incontrare o di vedere una persona estranea? Mi dia qualche esempio.

- 0 Il soggetto riesce a immaginare come potrebbe essere una persona estranea e le fantasie sono ben sviluppate
1 Il soggetto riesce a immaginare come potrebbe essere una persona estranea ma le fantasie sono banali.
2 Il soggetto non riesce a immaginare come potrebbe essere una persona estranea.

Item 12
Punteggio:

Item 13 – Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti	
<p>Si rende conto, in genere, di cosa succede dentro di lei dal punto di vista emotivo?</p> <p>Se SI: Mi dia qualche esempio di quando è riuscito a rendersene conto.</p> <p>SE NO: Le è capitato che altri abbiano detto che lei dà l'impressione di non rendersi conto di cosa succede dentro di lei dal punto di vista emotivo? Le è capitato di essere incerto su cosa stava vivendo emotivamente? Mi dia qualche esempio.</p>	
<p>0 Il soggetto di solito si rende conto di cosa gli/le succede dentro dal punto di vista emozionale.</p> <p>1 Il soggetto di solito ha una consapevolezza solo parziale di cosa gli/le succede dentro.</p> <p>2 Il soggetto è di solito incerto su cosa gli/le succede dentro.</p>	
<p>Item 13 Punteggio:</p>	

Item 14 - Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti ad Altri	
<p>Quando le accade qualcosa di buono o di cattivo trova difficoltà a descrivere quello che sente?</p> <p>Se NO: Mi dia qualche esempio di quando è riuscito a descrivere i suoi sentimenti su di una esperienza buona o cattiva.</p> <p>Se SI: Mi dia qualche esempio di esperienze buone o cattive in cui ha trovato difficoltà a descrivere i suoi sentimenti.</p>	
<p>0 Il soggetto non trova difficile descrivere i propri sentimenti</p> <p>1 Trova qualche difficoltà a descrivere i propri sentimenti</p> <p>2 Trova notevole difficoltà a descrivere i propri sentimenti</p>	
<p>Item 14 Punteggio:</p>	

Item 15 - Pensiero Orientato all'Esterno	
<p>Le capita spesso di basarsi sui suoi sentimenti come aiuto per orientarsi nelle sue azioni?</p> <p>Se SI: Mi dia qualche esempio di quando si è basato sui suoi sentimenti come aiuto per orientarsi nelle sue azioni.</p> <p>Se NO: Su cosa si basa per orientarsi nelle sue azioni? Mi dia qualche esempio.</p>	
<p>0 Il soggetto si basa spesso sui propri sentimenti come aiuto per orientarsi nelle sue azioni.</p> <p>1 Si basa occasionalmente sui propri sentimenti come aiuto per orientarsi nelle sue azioni.</p> <p>2 Raramente o mai si basa sui propri sentimenti come aiuto per orientarsi nelle proprie azioni.</p>	
	<p>Item 15 Punteggio: 2</p>

Item 16 - Processi Immaginativi	
<p>Le capita di ritrovarsi immerso a pensare a personaggi di romanzi o di film?</p> <p>Se SI: Mi dia qualche esempio di quando e come si è trovato immerso.</p> <p>Se NO: A cosa pensa in genere dopo aver letto un romanzo o aver visto un film?</p>	
<p>0 Al soggetto capita di ritrovarsi immerso a pensare a personaggi di romanzi o di film.</p> <p>1 Gli capita qualche volta di pensare a personaggi di romanzi o di film.</p> <p>2 Raramente o mai gli capita di pensare ai personaggi di romanzi o di film.</p>	
	<p>Item 16 Punteggio:</p>

Item 17 - Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti

Ritiene di accorgersi in genere di quando i suoi sentimenti subiscono un cambiamento?

Se SI: Mi dia qualche esempio.

Se NO: Come vive in genere le sue emozioni? Può darmi qualche esempio?

- 0 Il soggetto è in genere consapevole di quando i suoi sentimenti subiscono un cambiamento
1 Mostra una qualche consapevolezza di quando i suoi sentimenti subiscono un cambiamento
2 Mostra una consapevolezza limitata di quando i suoi sentimenti subiscono un cambiamento

Item 17
Punteggio:

Item 18 - Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti ad Altri

Quando accade qualcosa di buono o di cattivo a qualcuno che le è vicino, trova difficile descrivere quello che sente?

Se NO: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui ha descritto i suoi sentimenti relativi ad un'esperienza buona o cattiva accaduta a qualcuno che le era vicino.

Se SI: Mi dia qualche esempio di situazioni in cui ha trovato difficoltà a descrivere i suoi sentimenti relativi ad un'esperienza buona o cattiva accaduta a qualcuno che le era vicino.

- 0 Il soggetto non trova difficile descrivere i propri sentimenti.
1 Il soggetto trova qualche difficoltà a descrivere i propri sentimenti
2 Il soggetto trova notevole difficoltà a descrivere i propri sentimenti.

Item 18
Punteggio:

Item 19 - Pensiero Orientato all'Esterno

Le accade di pensare ad esperienze emotive passate per aiutarsi ad affrontare problemi emotivi recenti?

Se SI: Mi dia qualche esempio in cui si è basato/a su esperienze emotive passate per aiutarsi ad affrontare problemi emotivi recenti.

Se NO: A cosa pensa o cosa fa per aiutarsi ad affrontare problemi emotivi? Mi dia qualche esempio.

- 0 Al soggetto accade spesso di pensare ad esperienze emotive passate per aiutarsi ad affrontare problemi emotivi.
1 Al soggetto accade a volte di pensare ad esperienze emotive passate per aiutarsi ad affrontare problemi emotivi.
2 Al soggetto accade raramente o mai di pensare ad esperienze emotive passate per aiutarsi ad affrontare problemi emotivi.

Item 19
Punteggio:

Item 20 - Processi Immaginativi

Quando pensa a degli eventi passati le succede di riviverli ed immaginarli nella sua mente?

Se SI: Mi dia qualche esempio di come ha rivissuto questi eventi passati nella sua mente.

Se NO: Quando pensa a eventi passati come li rivede?

- 0 Al soggetto succede di rivivere ed immaginare nella mente eventi passati.
1 A volte i suoi pensieri su eventi passati implicano un riviverli ed immaginarli..
2 Raramente o mai i suoi pensieri su eventi passati implicano un riviverli od immaginarli..

Item 20
Punteggio:

Item 21 - Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti	
<p>Gli altri pensano che lei sia generalmente in contatto con i suoi sentimenti?</p> <p>Se SI or NO: Mi dia qualche esempio di cosa hanno detto gli altri a proposito di questo. Se gli altri non hanno fatto mai commenti, lei ritiene di essere generalmente in contatto con i suoi sentimenti?</p>	
<p>0 Gli altri e/o il soggetto ritengono che lui/lei sia in contatto con i propri sentimenti. 1 Gli altri e/o il soggetto ritengono che lui/lei talvolta non sia in contatto con i propri sentimenti. 2 Gli altri e/o il soggetto ritengono che lui/lei spesso non sia in contatto con i propri sentimenti..</p>	
	Item 21 Punteggio:

Item 22 - Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti ad Altri	
<p>Trova difficoltà quando prova a scrivere a qualcun altro dei suoi sentimenti?</p> <p>Se NO: Mi dia qualche esempio di sentimenti di cui ha scritto.</p> <p>Se SI: Mi dia qualche esempio di occasioni in cui ha trovato difficoltà a scrivere a qualcun altro dei suoi sentimenti.</p>	
<p>0 Il soggetto non trova difficile scrivere dei propri sentimenti a qualcun altro. 1 Il soggetto trova abbastanza difficile scrivere dei propri sentimenti a qualcun altro. 2 Il soggetto trova molto difficile scrivere dei propri sentimenti a qualcun altro.</p>	
	Item 22 Punteggio:

Item 23 - Pensiero Orientato all'Esterno	
Impara molto su di sé basandosi sui suoi sentimenti?	
Se SI: Che tipo di cose impara su se stesso sulla base dei suoi sentimenti?	
Se NO: Come fa per cercare di conoscere se stesso?	
0 Il soggetto impara molto su se stesso sulla base dei propri sentimenti. 1 Il soggetto impara qualcosa su se stesso sulla base dei propri sentimenti.. 2 Il soggetto impara poco su se stesso sulla base dei propri sentimenti.	Item 23 Punteggio:

Item 24 - Processi Immaginativi	
Riesce ad immaginare qualcosa in modo che possa attrarre o assorbire la sua attenzione come un buon film o un buon racconto?	
Se SI: Mi dia qualche esempio. Quanto si è lasciato assorbire?	
Se NO: Le riesce difficile usare la sua immaginazione?	
0 Il soggetto riesce ad immaginare delle cose in modo che possano attrarre o assorbire la sua attenzione. 1 Il soggetto occasionalmente riesce ad immaginare delle cose in modo che possano attrarre o assorbire la sua attenzione.. 2 Il soggetto raramente o mai riesce ad immaginare delle cose in modo che possano attrarre o assorbire la sua attenzione.	Item 24 Punteggio: 2

Siglatura per la TSIA e per i singoli Fattori

Fattori	Item	Somma degli Item
Difficoltà nell'Identificare i Sentimenti	1, 5, 9, 13, 17, 21	
Difficoltà nel Descrivere i Sentimenti	2, 6, 10, 14, 18, 22	
Pensiero Orientato all'Esterno	3, 7, 11, 15, 19, 23	
Processi Immaginativi	4, 8, 12, 16, 20, 24	
	Punteggio totale:	