

# Proprietà psicometriche del questionario in lingua italiana Eating Problem Checklist somministrato ad un campione di soggetti con disturbo dell'alimentazione

Riccardo Dalle Grave<sup>1</sup>, Selvaggia Sermattei<sup>2</sup>, Simona Calugi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Eating and Weight Disorders, Villa Garda Hospital

<sup>2</sup> Anoressia, Bulimia e Obesità, Firenze

## Parole chiave

Seduta  
Disturbi dell'alimentazione  
Questionario  
Validazione  
Attendibilità  
Analisi delle componenti principali

## Key words

Session  
Eating disorders  
Questionnaire  
Validation  
Reliability  
Principal component analysis

## Riassunto

**Introduzione.** Lo studio dei cambiamenti che avvengono durante un intervento di psicoterapia è una delle sfide principali che i ricercatori clinici si trovano ad affrontare negli ultimi anni. Per questo sono necessari strumenti accurati che sanno cogliere cambiamenti veloci. Scopo di questo studio è di presentare la validazione dell'Eating Problem Checklist (EPCL), un questionario da somministrare seduta dopo seduta nato in Italia per valutare i comportamenti e la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

**Metodi.** Un campione di 161 soggetti con disturbo dell'alimentazione e un campione di 379 controlli sani ha completato l'EPCL. Inoltre, un sottogruppo di 75 pazienti lo ha completato ad ogni seduta di psicoterapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E).

**Risultati:** L'analisi delle componenti principali ha identificato due fattori ("preoccupazioni per l'immagine corporea" e "preoccupazioni per l'alimentazione") che spiegano, nel complesso, il 51,3% della varianza. La consistenza interna, l'attendibilità test-retest, la validità concorrente e di criterio sono risultate buone. Inoltre, l'EPCL si è dimostrato adeguato a identificare i cambiamenti seduta dopo seduta della psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione, nei soggetti ai quali è stato somministrato durante la CBT-E.

**Discussione:** L'EPCL si è dimostrato un questionario valido e affidabile. Il suo utilizzo nel contesto clinico può dare informazioni rilevanti sul cambiamento settimanale della psicopatologia e dei comportamenti in pazienti con disturbo dell'alimentazione.

## Abstract

**Introduction.** The study of the changes occurring during psychological interventions is one of the main challenges faced by clinical researchers in the last years. This is why accurate tools are needed to capture rapid changes. The aim of this study is to present the validation of the Eating Problem Checklist (EPCL), a questionnaire developed in Italy to be administered session by session to assess the behaviors and psychopathology of eating disorders.

**Methods.** A sample of 161 subjects with eating disorder and a sample of 379 healthy controls completed the EPCL. In addition, a subset of 75 patients completed it at each enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) session.

**Results:** The analysis of the main components identified two factors ("body image concerns" and "eating concerns") explaining, on the whole, 51.3% of the variance. The internal consistency, test-retest reliability, concurrent and criterion validity were good. Furthermore, the EPCL was found to be adequate to identify post-session changes of the eating disorder psychopathology, in subjects who received it during CBT-E.

**Discussion:** The EPCL proved to be a valid and reliable questionnaire. Its use in the clinical context can give relevant information on the weekly change in psychopathology and behaviors of patients with eating disorders.

**Copyright © 2019** Riccardo Dalle Grave et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Simona Calugi, PhD (✉) si.calugi@gmail.com

**Ricevuto:** 30 Gennaio 2019; **Accettato:** 15 Febbraio 2019; **Pubblicato online:** 22 Febbraio 2019. **doi:**10.32044/ijedo.2019.03

## Introduzione

Gli strumenti di misura validati nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione sono numerosi. Alcuni strumenti sono stati designati per fare diagnosi e per valutare la psicopatologia (ad es. l'Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn, Cooper, & O'Connor, 2008), altri, auto-somministrati, per valutare la psicopatologia specifica e i comportamenti del disturbo dell'alimentazione (ad es. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008), altri ancora misurano alcune caratteristiche cliniche non implicate nella diagnosi, come i comportamenti di check della forma del corpo o l'evitamento (Lydecker, Cotter, & Mazzeo, 2014), i sintomi da malnutrizione (Calugi et al., 2017) e i rituali alimentari (Calugi, Chignola, & Dalle Grave, 2019). Tutti questi strumenti, che indagano le caratteristiche cliniche facendo riferimento agli ultimi 28 giorni, hanno l'obiettivo di aiutare i terapeuti nella valutazione dei loro pazienti e rappresentano i principali mezzi di misurazione degli esiti del trattamento.

Negli ultimi anni, tuttavia, lo studio dei trattamenti psicologici si è sempre più focalizzato sull'analisi del processo della terapia e quindi dei cambiamenti che avvengono durante il percorso terapeutico. In particolare, i cambiamenti repentini (traduzione inglese di "sudden gains"), cioè significativi, rapidi e stabili cambiamenti della sintomatologia che avvengono tra una seduta e l'altra di psicoterapia (Tang & DeRubeis, 1999), hanno attratto molto l'attenzione dei clinici e dei ricercatori che hanno cominciato a considerarli elementi centrali nella valutazione degli esiti. Dal punto di vista clinico, i terapeuti spesso non sono accurati nelle loro percezioni soggettive se i pazienti stanno migliorando o peggiorando durante il trattamento e pertanto possono trarre beneficio da frequenti misurazioni oggettive del livello dei sintomi e del loro cambiamento in positivo o negativo (Hannan et al., 2005). La misurazione frequente del cambiamento delle caratteristiche cliniche può anche essere utile per scopi di ricerca, consentendo l'analisi di schemi di miglioramento, dei meccanismi di cambiamento, dei mediatori di trattamento e del tempo di risposta (Slade, Lambert, Harmon, Smart, & Bailey, 2008).

Per poter essere studiati, i cambiamenti repentini richiedono strumenti di misura validi e robusti, semplici e veloci da somministrare e che sanno cogliere il cambiamento settimanale, tra una seduta e l'altra (Utzinger, Goldschmidt, Crosby, Peterson, & Wonderlich, 2016). Il Beck Depression Inventory (Beck, Ward, & Mendelson, 1961) e il Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) sono i due migliori esempi di ben validati strumenti per

indagare la depressione e l'ansia, rispettivamente, negli ultimi 7 giorni.

Con questi strumenti è stato possibile dimostrare, per esempio, che i cambiamenti repentini sono frequenti nella terapia cognitivo comportamentale per la depressione, con una percentuale di circa il 50% di coloro che risponde al trattamento che fa esperienza di cambiamenti repentini tra una settimana e l'altra (Tang & DeRubeis, 1999). Gli effetti di questi cambiamenti repentini sono stati studiati anche in altre patologie come il disturbo ossessivo compulsivo (Nogueira-Arjona et al., 2017), il disturbo post-traumatico da stress (Collins & Coles, 2017) e il disturbo di panico (Konig, Karl, Rosner, & Butollo, 2014). Nell'insieme questi studi dimostrano che coloro che esperiscono cambiamenti repentini durante il trattamento hanno maggiore riduzione dei sintomi alla fine del trattamento e migliori esiti rispetto a quelli che non li hanno esperiti. L'associazione tra i cambiamenti repentini e i miglioramenti a breve e lungo termine, soprattutto nella terapia cognitivo comportamentale (Aderka, Nickerson, Boe, & Hofmann, 2012) ha anche un impatto positivo sull'alleanza terapeutica (Tang & DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman, & Pham, 2005).

Nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione gli strumenti che hanno cercato di misurare i cambiamenti repentini settimanali sono carenti. Gli unici due ad oggi conosciuti sono il Change in Eating Disorder Symptoms (CHEDS) (Spangler, 2010) e l'Eating Disorder 15 (ED-15) (Tatham et al., 2015). Nessuno dei due però sembra totalmente adatto allo studio dei cambiamenti repentini. Il primo include molti item e quindi risulta poco pratico nella somministrazione, il secondo è stato validato solo in un campione di soggetti ambulatoriali con disturbo dell'alimentazione non sottopeso. Alcuni anni fa, nell'ottica di migliorare il trattamento dei nostri pazienti, abbiamo sviluppato e pubblicato l'Eating Problem Checklist (EPCL, versioni 1.0 e 2.0) (Dalle Grave, 2012, p. 255) (Dalle Grave, 2013, pp. 327-328). L'EPCL è un questionario auto-somministrato che ha l'obiettivo di valutare i cambiamenti settimanali nei comportamenti e nella psicopatologia del disturbo dell'alimentazione di pazienti trattati con la terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) nelle versioni ambulatoriale (Fairburn & Beglin, 2008) e di ricovero (Dalle Grave, 2012).

Ai pazienti viene chiesto di compilare l'EPCL prima di ogni seduta CBT-E, riportando in tal modo la frequenza dei principali comportamenti del disturbo dell'alimentazione (ad es. episodi di abbuffata, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, misurazione del peso)

e l'intensità dei comportamenti di check della forma del corpo, di evitamento dell'esposizione del corpo, della sensazione di essere grasso e delle preoccupazioni per la forma del corpo, il peso e il controllo dell'alimentazione, sperimentati nei sette giorni precedenti.

L'EPCL differisce da altri strumenti che misurano la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione (vale a dire l'EDE-Q) e da quelli che valutano il cambiamento seduta per seduta, cioè CHEDS e ED-15, per diversi motivi. A differenza dell'EDE-Q, che valuta la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione nelle quattro settimane precedenti, l'EPCL è più breve e si riferisce soltanto alla settimana precedente. Inoltre, a differenza del CHEDS e dell'ED-15, l'EPCL è stato progettato per valutare i cambiamenti settimanali specificamente individuati nella forma focalizzata della CBT-E e per essere adatto sia ai pazienti sottopeso che a quelli non sottopeso.

Sebbene l'EPCL sia uno strumento che da tempo è entrato come ausilio durante le nostre sedute CBT-E, non è stato ancora convalidato. Per questo, abbiamo deciso di aggiornare e validare l'EPCL (versione 3.0) in un ampio gruppo transdiagnostico di pazienti ricoverati e ambulatoriali con disturbi dell'alimentazione. L'obiettivo di questo studio è quindi descrivere, in italiano la validazione dell'EPCL, ad oggi pubblicata in lingua inglese (Dalle Grave et al., 2018), e di presentare la sua struttura fattoriale, la consistenza interna e l'attendibilità test-retest e presentare il confronto dei punteggi EPCL tra il campione clinico e un ampio gruppo di controlli sani. Infine, per presentare la sua capacità di determinare modelli di cambiamento nella psicopatologia del disturbo dell'alimentazione durante il trattamento, descriveremo l'applicabilità seduta dopo seduta dell'EPCL in un sottogruppo di pazienti che ha completato almeno 20 sedute di CBT-E ambulatoriale o in ricovero.

## Metodi

### Partecipanti

*Campione di soggetti con disturbo dell'alimentazione.* Sono stati inclusi soggetti di età compresa tra i 16 e i 65 anni con diagnosi di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), eseguita da esperti in disturbi dell'alimentazione che hanno utilizzato la versione italiana dell'intervista EDE (Calugi et al., 2015). Sono stati, invece, esclusi i pazienti con disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, poiché tali pazienti non presentano la psicopatologia

specifico del disturbo dell'alimentazione misurata dall'E-PCL. Complessivamente il campione è risultato composto da 161 pazienti di cui 87 reclutati presso il Dipartimento dei Disturbi dell'Alimentazione della Casa di Cura di Villa Garda e 74 da un centro ambulatoriale dell'area di Verona in Italia.

*Campione di controllo sano.* Il campione di controllo sano include 379 soggetti, di cui 233 reclutati online dalla popolazione generale attraverso inserzioni pubblicitarie esposte negli edifici di due università italiane, che hanno completato un sondaggio online, e 146 reclutati tra studenti universitari e membri dello staff, che hanno compilato una batteria di questionari carta e matita. Il peso e l'altezza sono auto-riferiti. I criteri di esclusione del campione di controllo sono i seguenti: (i) ottenere un punteggio pari o superiore a 20 nella versione italiana dell'Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (Dotti & Lazzari, 1998; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982); (ii) riferire un IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>; (iii) sospetto di diagnosi di disturbo dell'alimentazione, attraverso la risposta affermativa ad almeno una delle seguenti domande: "Sei in trattamento per un disturbo dell'alimentazione?" e / o "Hai un disturbo dell'alimentazione?". In totale sono stati esclusi 45 soggetti.

Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato per l'uso anonimo dei loro dati per scopi di ricerca. Per i minorenni (età <18 anni), i genitori hanno fornito un ulteriore consenso informato.

### Misure

*Questionario di valutazione della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione (EDE-Q).* L'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008) è un questionario auto-somministrato che misura attitudini e comportamenti rilevanti dei disturbi dell'alimentazione presenti negli ultimi 28 giorni. I 33 item sono classificati su una scala Likert a 7 punti e raggruppati in 4 sottoscale "restrizione dietetica cognitiva", "preoccupazione per l'alimentazione", "preoccupazione per il peso", "preoccupazione per la forma del corpo" e un punteggio globale. Oltre a valutare la psicopatologia specifica attraverso le sottoscale e il punteggio totale, l'EDE-Q registra anche una serie di comportamenti (episodi di abbuffata oggettiva, vomito autoindotto, uso improprio dei lassativi, ecc.). L'EDE-Q è stato somministrato, nella sua versione italiana (Calugi et al., 2016), per valutare la relazione tra i punteggi EPCL e la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

*Questionario di valutazione della psicopatologia generale.* Il Brief Symptom Inventory (BSI) è un questionario self-report di 53 item progettato per valutare il disagio psicologi-

co e i disturbi psichiatrici. L'indice di gravità globale (GSI) viene calcolato in base ai punteggi assegnati alle risposte dei partecipanti. In questo studio è stata utilizzata la versione italiana (De Leo, Frisoni, Rozzini, & Trabucchi, 1993; Derogatis & Melisaratos, 1983) per valutare la relazione tra i punteggi EPCL e la psicopatologia generale.

*Costruzione del questionario Eating Problem Checklist (EPCL).* L'EPCL 3.0 è stato progettato per monitorare le caratteristiche chiave della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione rilevate durante la CBT-E ambulatoriale (Fairburn & Beglin, 2008) e intensiva (Dalle Grave, 2012). L'obiettivo finale è quello di aggiornare lo strumento, rispetto alle versioni precedenti, rendendolo un mezzo più efficace per valutare i comportamenti e la psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, 2012, 2013). L'EPCL è stato inizialmente costruito attraverso discussioni tra esperti nel trattamento e nella ricerca dei disturbi dell'alimentazione. Per rendere lo strumento in linea con le evidenze scientifiche attuali e l'esperienza clinica, il gruppo iniziale di item è stato valutato dagli autori di questo articolo. Gruppi di lavoro tra professionisti hanno permesso di aggiungere, modificare o rimuovere alcuni item, in modo che l'EPCL 3.0 fornisca un quadro completo della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, tenendo come cornice temporale l'ultima settimana. Questo processo si è concluso con uno strumento composto da 7 item che valutano la frequenza settimanale dei comportamenti del disturbo dell'alimentazione (episodi di abbuffata oggettiva e soggettiva, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, esercizio eccessivo e misurazione del peso) e 11 item di valutazione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione (restrizione dell'alimentazione, eventi ed emozioni associati all'alimentazione, check della forma del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo, sensazione di essere grasso, preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo), ciascuno classificato su una scala Likert a 5 punti che va da "mai" (0) a "sempre" (4).

*Somministrazione dell'EPCL.* Al fine di misurare la validità dello strumento, tutti i pazienti hanno completato il questionario EPCL prima di iniziare il trattamento. I pazienti ricoverati hanno fornito le loro risposte durante il loro primo giorno di ammissione all'Unità Riabilitativa e i pazienti ambulatoriali durante la loro prima seduta di trattamento o durante il colloquio di valutazione (tempo 1). Tutti i pazienti hanno risposto a tutti gli item. Al fine di valutare la capacità dell'EPCL di misurare i cambiamenti nei comportamenti di disturbo dell'alimentazione e nella psicopatologia durante un percorso terapeutico, 75 pazienti che hanno iniziato e completato almeno 20 settimane

di CBT-E (38 pazienti ricoverati e 37 pazienti ambulatoriali), hanno compilato l'EPCL settimanalmente durante tutte le 20 settimane di trattamento (corrispondente alla fine del trattamento in pazienti ricoverati e ambulatoriali non sottopeso, e all'incirca a metà del programma di trattamento per pazienti ambulatoriali sottopeso). Infine, un sottogruppo di 70 pazienti scelto in maniera casuale (53 pazienti ricoverati e 17 pazienti ambulatoriali) ha compilato il questionario da una a quattro settimane prima del ricovero o durante l'intervista di valutazione pre-trattamento per i pazienti ambulatoriali (tempo 0), al fine di valutare l'attendibilità test-retest dello strumento.

*Analisi statistica.* Per esplorare la validità di costruzione, è stata eseguita l'analisi principale dei fattori (PAF) con rotazione obliqua (promax) (ipotizzando che i fattori identificati sarebbero stati correlati) ed è stata indagata la normalizzazione di Kaiser (Tabachnick & Fidell, 2013) sulle risposte dei pazienti con disturbo dell'alimentazione e del campione di controlli sani agli 11 item dell'EPCL 3.0 classificati secondo la scala Likert. Come raccomandato per l'analisi fattoriale (Gorusch, 1983), il numero totale di questionari da somministrare è stato determinato in anticipo (N da 55 a 110), al fine di garantire un adeguato rapporto soggetto-item. L'adeguatezza del campionamento è stata, inoltre, valutata dall'analisi di Kaiser-Meier-Olkin ( $KMO > 0,60$ ) (Kaiser, 1974) e dal test di sfericità di Bartlett. Il numero di fattori da estrarre è stato definito attraverso: (i) l'andamento dello Scree Plot; (ii) i fattori con autovalore  $> 1$ ; (iii) la loro interpretabilità e coerenza con le ipotesi che hanno guidato lo sviluppo dello strumento. Gli item con saturazione inferiore a 0,40 sono stati eliminati, in modo da includere solo item chiaramente correlati al fattore (Kline, 1994; Stevens, 1992). Le correlazioni item-totale sono state esaminate per ciascun fattore.

Gli indicatori di affidabilità e validità saranno calcolati sui punteggi globali e sugli eventuali fattori ottenuti dalla PAF. L'alfa di Cronbach è stata calcolata per valutare la consistenza interna. I coefficienti di correlazione di Pearson e le correlazioni intraclasse sono stati usati per valutare l'attendibilità test-retest nel sottogruppo di 70 pazienti che hanno ripetuto l'EPCL al tempo 0 e al tempo 1. La validità di criterio è stata valutata attraverso il confronto dei punteggi globali dell'EPCL ottenuti dal campione di pazienti con disturbo dell'alimentazione e il campione di controllo sano, utilizzando il t-test per campioni indipendenti. Inoltre, è stata analizzata la validità concomitante attraverso la correlazione di Pearson che ha permesso di confrontare i punteggi dell'EPCL, dell'EDE-Q e del BSI. Il test di McNemar è stato applicato per confrontare il nu-



mero di pazienti che segnalano la presenza di episodi di abbuffata oggettiva, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi ed esercizio fisico eccessivo, misurati tramite i 7 item di frequenza dell'EPCL e gli item dell'EDE-Q. Infine, per determinare i cambiamenti nel punteggio dell'EPCL durante il trattamento dei 37 pazienti ambulatoriali e 38 pazienti ricoverati, è stata effettuata l'analisi della varianza per misure ripetute e il test post-hoc di Bonferroni. I dati sono stati analizzati separatamente in pazienti ambulatoriali e pazienti ricoverati al fine di tenere in considerazione i diversi livelli di gravità della psicopatologia dei due gruppi e dei diversi tassi di cambiamento attesi durante i rispettivi programmi di trattamento. Infatti, in accordo con la teoria cognitivo comportamentale migliorata per i disturbi dell'alimentazione, si può ipotizzare che i pazienti ricoverati possano ottenere un cambiamento delle preoccupazioni per l'alimentazione dopo la prima o la seconda settimana di trattamento a seguito della procedura dell'alimentazione assistita, mentre il cambiamento nei pazienti ambulatoriali dovrebbe avvenire dopo tre-quattro settimane di trattamento a seguito dell'attuazione della procedura di alimentazione regolare. Per quanto riguarda le preoccupazioni per l'immagine corporea, non abbiamo formulato alcuna ipotesi iniziale su come queste potessero differire nel cambiamento tra pazienti ricoverati e ambulatoriali.

Il software IBM SPSS Statistics 23.0 (SPSS, Chicago, USA) è stato utilizzato per analizzare tutti i dati.

## Risultati

Il campione dei 161 pazienti con disturbo dell'alimentazione è costituito per la maggior parte da soggetti di sesso femminile (94,4%) e ha un'età media di 24,5 anni (DS = 9,3). Centoundici pazienti hanno soddisfatto i criteri del DSM-5 per l'anoressia nervosa, 26 per la bulimia nervosa, 8 per il disturbo da binge-eating e 16 per altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con e senza specificazione. Il campione dei controlli sani per l'89,4% è rappresentato da donne e l'età media è di 30,0 (DS = 9,8) anni. Le caratteristiche dei due gruppi sono presentate nella [Tabella 1](#).

### Validità di costruito

Dall'analisi fattoriale esplorativa con rotazione obliqua (promax) eseguita sul gruppo di pazienti sono stati estratti due fattori che insieme rappresentavano il 51,3% della varianza degli item, come mostrato nella [Tabella 2](#). Il primo fattore identificato, definito "preoccupazioni per l'immagine corporea", include 5 item, il secondo "preoccupazioni per l'alimentazione" comprende 4 item. Tutte le saturazioni degli item sono superiori a 0,40, ad eccezione degli item 1 e 4 ("Ho passato 8 o più ore senza mangiare per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione"; "Eventi ed emozioni hanno influenzato la mia alimentazione") con saturazioni di 0,28 e 0,27, rispettivamente. Questi due item sono stati esclusi dalle analisi successive e lo strumento finale include 9 item su scala Likert. Il fattore 1 "preoccupazioni per l'immagine corporea" include gli item 4, 5, 6, 7, 8; il fattore 2 "preoccupazioni per l'alimentazione" include gli item 1, 2, 3, 9. Le correlazioni item-totale sia nel fattore 1 che nel fattore 2 vanno da moderata e alta. Il punteggio globale di ogni sottoscala è stato ottenuto sommando gli item dei rispettivi fattori. Il KMO era 0,89 e il test di sfericità di Bartlett era significativo ( $p < 0,001$ ), indicando che i dati erano adatti per l'analisi fattoriale.

Nel gruppo non clinico, è emerso un pattern simile con due fattori che spiegano il 57% della varianza (KMO=0,91, test di Bartlett della sfericità  $p < 0,001$ ). Come per il campione clinico, nel campione dei controlli sani, gli item 1 e 4 sono stati esclusi perché hanno mostrato una bassa saturazione ( $< 0,30$ ) in entrambi i fattori. Gli stessi due fattori sono stati estratti.

### Consistenza interna e attendibilità

La consistenza interna misurata con l'alfa di Cronbach è 0,82 per "preoccupazioni per l'immagine corporea", 0,86 per il fattore "preoccupazioni per l'alimentazione" e 0,89 per il punteggio globale. Inoltre, l'attendibilità test-retest calcolata sui 70 pazienti che hanno completato due volte il questionario EPCL ad una distanza media di 13,3 giorni l'una dall'altra è  $r = 0,74$  per il punteggio globale,  $r = 0,71$  per "preoccupazioni per l'immagine corporea" e  $r = 0,73$  per "preoccupazioni per l'alimentazione" (tutti  $ps < 0,001$ ). Inoltre, la correlazione intraclassa indica un coefficiente di 0,85 per il punteggio globale, 0,83 per "preoccupazioni per l'immagine corporea", 0,84 per "preoccupazioni per l'alimentazione".

### Validità concorrente

La [Tabella 3](#) mostra le correlazioni tra i punteggi delle sottoscale e del punteggio globale dell'EPCL e le misure della psicopatologia specifica e generale. I dati indicano un'associazione che va da moderata a alta tra il punteggio globale e le sottoscale dell'EPCL e dell'EDE-Q, e, come previsto, una correlazione più debole tra i punteggi dell'EPCL e del BSI-GSI. Un confronto tra il numero di episodi di abbuffata oggettivi, vomito autoindotto, uso improprio di

**Tabella 1.** Caratteristiche demografiche e cliniche misurate in basale dei pazienti con disturbo dell'alimentazione (n=161) e dei controlli sani (n=379). I dati sono presentati come media (deviazione standard) o n (%)

	<b>Pazienti con disturbo dell'alimentazione</b>	<b>Controlli sani</b>	<b>T-test o <math>\chi^2</math> test</b>	<b>p</b>
<b>Misure</b>				
<b>Femmine, n (%)</b>	152 (94,4%)	339 (89,4%)	3,37	0,066
<b>Età, anni, media (DS)</b>	24,5 (9,3)	30,0 (9,8)	6,10	<0,001
<b>Stato civile</b>				
Single o mai sposato/a	113 (70,2%)	246 (64,9%)	26,98	<0,001
Sposato/a o convivente	10 (6,2%)	114 (30,1%)		
Vedovo/a	0	1 (0,3%)		
Separato/a o divorziato/a	5 (3,1%)	14 (3,7%)		
<b>Educazione, n (%)</b>				
Scuole medie inferiori	48 (29,8%)	25 (6,6%)	90,89	<0,001
Scuole medie superiori	53 (32,9%)	166 (43,8%)		
Laurea	22 (13,7%)	187 (49,3%)		
<b>Indice di Massa Corporea, kg/m<sup>2</sup></b>	17,9 (4,6)	22,1 (2,6)	13,16	<0,001
<b>Durata del disturbo, anni, media (DS)</b>	5,8 (7,4)			
<b>Diagnosi di disturbo dell'alimentazione DSM-5, n (%)</b>				
Anoressia nervosa	111 (68,9%)			
Bulimia nervosa	26 (16,1%)			
Disturbo da binge-eating	8 (5,0%)			
Altri disturbi dell'alimentazione con specificazione	11 (6,8%)			
Altri disturbi dell'alimentazione senza specificazione	5 (3,1%)			

lassativi ed esercizio fisico eccessivo, misurati dall'EPCL e dall'EDE-Q, ha mostrato molte similitudini. In particolare, secondo i punteggi dell'EPCL e dell'EDE-Q, gli episodi di uso improprio di lassativi sono stati segnalati da 17 e 23 pazienti e gli episodi di eccessiva attività fisica rispettivamente da 63 e 61 pazienti (tutti ps = ns). Tuttavia, gli episodi di abbuffata e quelli di vomito autoindotto sono stati segnalati da una proporzione più piccola di pazienti sull'EPC rispetto all'EDE-Q (56 vs 78, rispettivamente, per episodi di episodi di abbuffata oggettivi e 48 contro 56, rispettivamente, per vomito autoindotto, ps<0,001).

### Confronto tra gruppi

Un confronto tra pazienti con disturbo dell'alimentazione e controlli sani ha indicato che i pazienti hanno punteggi significativamente più alti rispetto ai controlli in termi-

ni di punteggio globale dell'EPCL (26,3±8,4 vs 7,6±7,4, rispettivamente, p<0,001) e nelle sottoscale "preoccupazioni per l'alimentazione" (14,2±5,4 vs 3,0±3,2, p<0,001) e "preoccupazione per l'immagine corporea" (12,1±3,8 vs 4,6±4,7, p<0,001).

### EPCL nel contesto clinico

Il campione ambulatoriale include 37 pazienti di cui 27 con anoressia nervosa (IMC medio 15,6±1,2), 7 con bulimia nervosa (IMC=22,1±4,9) e 3 con disturbo da binge-eating (IMC=27,1±6,1), mentre il campione ospedaliero comprende 38 pazienti di cui 31 con anoressia nervosa (IMC=15,1±1,4), 5 con bulimia nervosa (IMC=22,5±6,4) e 2 con disturbo da binge-eating (IMC=27,2±7,3)

La Tabella 4 mostra i cambiamenti ottenuti dai gruppi nel tempo sui due fattori dell'EPCL. I pazienti ambu-

**Tabella 2.** Risultati dell'analisi fattoriale esplorativa con rotazione obliqua, in pazienti con disturbo dell'alimentazione. Metodo di estrazione: analisi principale dei fattori. Metodo di rotazione: promax con normalizzazione Kaiser. Saturazione del fattore >0.40 sono in grassetto

Items	Fattore 1 "Preoccupazioni per l'immagine corporea"	Correlazione item-total Fattore 1	Fattore 2 "Preoccupazioni per l'alimentazione"	Correlazione item-total Fattore 2
1. Quanto spesso negli ultimi 7 giorni... 1. Sono stato 8 o più ore da sveglia senza mangiare nulla per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione	0,282	--	0,141	--
2. Ho cercato di evitare di mangiare dei cibi per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione	-0,137	--	<b>0,942</b>	0,739
3. Ho cercato di ridurre la quantità di cibo per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione	0,053	--	<b>0,710</b>	0,655
4. Gli eventi e le emozioni hanno influenzato la mia alimentazione	0,273	--	0,196	--
5. Ho avuto comportamenti di check dell'alimentazione (es. contare le calorie, pesare ripetutamente il cibo, guardare le etichette degli alimenti)	0,159	--	<b>0,540</b>	0,593
6. Ho avuto comportamenti di check della forma del corpo (es. guardarsi allo specchio, misurare parti del corpo, guardare il corpo degli altri)	<b>0,648</b>	0,717	0,188	--
7. Ho evitato di esporre il corpo (es. evitare di pesarsi, indossare abiti che nascondono il corpo, evitare di guardarsi)	<b>0,540</b>	0,538	0,065	--
8. Mi sono sentito/a grasso/a	<b>0,941</b>	0,694	-0,236	--
9. Mi sono preoccupato/a per il peso	<b>0,647</b>	0,745	0,256	--
10. Mi sono preoccupato/a per la forma del corpo	<b>0,709</b>	0,779	0,172	--
11. Mi sono preoccupato/a per il controllo dell'alimentazione	0,099	--	<b>0,678</b>	0,651

**Tabella 3.** Correlazioni di Pearson (*r*) tra il punteggio globale e i fattori dell'EPCL e le sottoscale e il punteggio globale dell'EDE-Q e del BSI in pazienti con disturbo dell'alimentazione

	EDE-Q "restrizione cognitiva"	EDE-Q "preoccupazione per l'alimentazione"	EDE-Q "preoccupazione per il peso"	EDE-Q "preoccupazione per la forma del corpo"	EDE-Q punteggio globale	BSI punteggio globale
EPCL "preoccupazioni per l'immagine corporea"	0,66	0,65	0,69	0,75	0,76	0,49
EPCL "preoccupazioni per l'alimentazione"	0,62	0,44	0,43	0,50	0,56	0,40
EPCL punteggio globale	0,71	0,62	0,64	0,71	0,74	0,50

EPCL=Eating Problem Checklist; EDE-Q=Eating Disorder Examination Questionnaire; BSI=Brief Symptom Inventory. Tutti i  $p < 0,001$

**Tabella 4.** Punteggi settimanali delle sottoscale EPCL nelle prime 20 settimane di CBT-E in 37 pazienti ambulatoriali e 38 pazienti ricoverati con disturbo dell'alimentazione. I dati sono presentati come media (DS)

Pazienti ambulatoriali (n=37)																						
	Sedute																				ANOVA	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	F	P
EPCL Preoccupazioni per l'immagine corporea	12,1 (4,9)	11,2 (5,5)	10,5 (6,0)	11,6 (5,8)	10,8 (6,0)	10,7 (6,3)	10,2 (6,3)	10,6 (5,8)	10,4 (5,4)	10,1 (5,8)	9,7 (5,3)	9,6 (5,5)	9,3 (5,5)	9,2 (5,2)	8,8 (5,4)	9,7 (5,7)	8,7 (5,8)	9,0 (6,0)	8,3 (5,8)	8,5 (6,1)	3,15	<0,001
EPCL Preoccupazioni per l'alimentazione	12,4 <sup>a</sup> (4,2)	11,5 <sup>b</sup> (4,2)	9,9 <sup>c</sup> (4,1)	9,6 <sup>c</sup> (4,4)	8,1 (4,2)	7,8 (4,9)	7,3 (4,4)	6,7 (3,7)	6,1 (3,8)	6,6 (4,1)	5,9 (3,0)	5,9 (3,4)	5,7 (3,5)	5,6 (3,5)	4,7 (3,3)	5,6 (3,7)	5,5 (3,9)	5,7 (4,4)	5,6 (4,2)	4,8 (3,8)	20,86	<0,001

a, p<0,05 vs. tutti le sedute successive; b, p<0,05 vs. sedute dalla 5 alla 20; c, p<0,05 vs. sedute dalla 8 alla 20

Pazienti ricoverati (n=38)																						
	Sedute																				ANOVA	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	F	P
EPCL Preoccupazioni per l'immagine corporea	15,2 <sup>d</sup> (5,1)	13,2 <sup>d</sup> (6,3)	13,5 <sup>d</sup> (5,9)	13,5 <sup>d</sup> (5,8)	13,8 <sup>d</sup> (5,8)	13,6 <sup>d</sup> (6,3)	13,8 <sup>d</sup> (5,5)	13,1 <sup>d</sup> (6,0)	13,4 <sup>d</sup> (6,1)	12,6 (6,5)	12,8 (5,7)	12,4 (5,8)	12,3 (6,1)	12,2 (5,9)	11,9 (5,7)	11,5 (5,5)	10,9 (5,5)	10,4 (5,6)	10,2 (5,5)	10,0 (5,5)	10,14	<0,001
EPCL Preoccupazioni per l'alimentazione	12,3 <sup>e</sup> (4,0)	4,5 (2,8)	4,2 (2,7)	4,1 (2,5)	4,4 (2,7)	4,0 (2,7)	4,1 (2,7)	3,7 (2,6)	3,8 (2,4)	3,7 (2,4)	3,7 (2,4)	3,6 (2,5)	3,2 (2,6)	3,4 (2,3)	3,8 (2,8)	3,6 (2,4)	3,3 (2,5)	3,6 (2,7)	3,4 (3,2)	3,5 (3,1)	38,74	<0,001

d, p<0,05 vs. sedute dalla 16 alla 20; e, p<0,05 vs. tutte le sedute successive

EPCL=Eating Problem Checklist

latoriali hanno ottenuto un miglioramento iniziale nel fattore EPCL “preoccupazioni per l'alimentazione”, che è stato mantenuto per tutto il corso del trattamento e un miglioramento graduale costante nel fattore “preoccupazioni per l'immagine corporea”. Nei pazienti ricoverati, il fattore “preoccupazioni per l'alimentazione” ha mostrato un cambiamento maggiore dalla prima alla seconda seduta e un graduale miglioramento durante il resto del trattamento. Al contrario, le “preoccupazioni per l'immagine del corpo” hanno avuto un miglioramento graduale ma non significativo fino alla sessione 15 e un cambiamento significativo dalla sessione 16 in poi.

## Discussione

Lo studio aveva l'obiettivo di validare un questionario settimanale in un ampio gruppo di soggetti con disturbo dell'alimentazione, di analizzare la sua struttura fattoriale, valutare la sua associazione con altri strumenti ben validati di psicopatologia specifica e generale, di confrontare i punteggi con quelli di controlli sani e di studiarne l'applicabilità nel contesto clinico.

Dall'analisi fattoriale è emerso che la soluzione a due fattori è la migliore, con il 51,3% di varianza spiegata. I due fattori sono “preoccupazioni per l'immagine corporea” (che include item relativi alla preoccupazione per il peso e per la forma del corpo, i comportamenti di check e di evitamento del corpo e la sensazione di essere grassi) e “preoccupazioni per l'alimentazione” (che include item relativi alle preoccupazioni per l'alimentazione, riduzione o evitamento dell'alimentazione e il controllo sull'alimentazione). Gli item dell'intero questionario e anche quelli appartenenti alle rispettive sottoscale hanno mostrato un'eccellente consistenza interna e attendibilità test-test. Ciò indica che non solo il punteggio globale dell'EPCL e delle sottoscale misurano costrutti ben identificati, ma anche che le prestazioni dello strumento sono stabili nel tempo.

Per quanto riguarda la validità concorrente dello strumento, sia l'EPCL globale che i punteggi delle due sottoscale erano significativamente correlati con il punteggio globale e le sottoscale dell'EDE-Q. In particolare, le “preoccupazioni per l'immagine corporea” dell'EPCL hanno mostrato una forte correlazione con la sottoscala “preoccupazioni per la forma del corpo” dell'EDE-Q, e la sottoscala “preoccupazioni per l'alimentazione” dell'E-



PCL era strettamente correlata alla “restrizione dietetica” dell'EDE-Q. Questi risultati, tuttavia, devono essere confermati in campioni clinici che comprendano un numero maggiore di partecipanti con bulimia nervosa e disturbo da binge-eating. Altro elemento a sostegno della validità concorrente riguarda il fatto che l'EPCL e l'EDE-Q hanno una proporzione simile di comportamenti del disturbo dell'alimentazione, tranne per quanto riguarda gli episodi di abbuffata oggettivi e quelli di vomito autoindotto. Nello specifico, il numero di pazienti che hanno riferito di questi episodi era più alto nell'EDE-Q che nell'EPCL. Questa discrepanza potrebbe essere attribuita alle differenze temporali di valutazione tra i due strumenti, vale a dire 28 giorni per EDE-Q e 7 giorni per EPCL. È anche possibile che gli episodi di abbuffata e di vomito autoindotto siano meno stabili rispetto agli altri comportamenti del disturbo dell'alimentazione, in particolare se consideriamo i pazienti sottopeso, che costituiscono la maggioranza del nostro campione. Dall'altra parte i punteggi dell'EPCL sono meno correlati con le misure di psicopatologia generale (cioè il BSI).

Altro aspetto da sottolineare sono le differenze molto significative nei punteggi dell'EPCL tra il campione clinico e quello non clinico.

Complessivamente questi risultati indicano l'idoneità e la specificità dell'EPCL nella valutazione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

Infine, abbiamo dimostrato che l'EPCL somministrato in ambito clinico (ambulatoriale e di ricovero) è in grado di rilevare un significativo cambiamento da una seduta all'altra della CBT-E, un trattamento basato sull'evidenza per i disturbi dell'alimentazione. In particolare, come previsto, nel campione ambulatoriale abbiamo osservato un cambiamento nel punteggio di “preoccupazioni per l'alimentazione” dalla seconda alla terza o quarta settimana, probabilmente come conseguenza della procedura dell'alimentazione regolare; mentre nel campione ricoverato il cambiamento è avvenuto dalla prima alla seconda settimana, probabilmente come conseguenza dell'alimentazione assistita (cioè pasti consumati con l'assistenza di un terapeuta), una procedura durante la quale i pazienti affrontano non solo un'alimentazione regolare ma anche la restrizione dietetica calorica, l'evitamento del cibo e altre regole dietetiche.

Il cambiamento nel punteggio di “preoccupazioni per l'immagine corporea” è stato più graduale e il cambiamento significativo si è osservato solo nel campione ospedaliero nell'ultima parte del trattamento. Ciò è probabilmente il risultato dell'intenso lavoro di gruppo sulle espressioni

dell'immagine corporea (ad esempio, comportamenti di check del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo e sensazione di essere grassi) implementate in pazienti che hanno normalizzato il loro peso (cioè nelle fasi avanzate del trattamento).

Tenendo presente tutto ciò, l'EPCL sembra essere uno strumento potenzialmente utile, in grado di rilevare i cambiamenti settimanali raggiunti durante il trattamento di pazienti con disturbi dell'alimentazione (Utzinger et al., 2016). La forza di questo risultato è rafforzata dall'aver incluso un campione transdiagnostico di individui che cercano un trattamento per disturbo dell'alimentazione. Inoltre, l'inclusione di un ampio campione di controllo sano conferisce valore alla validità psicometrica e clinica dello strumento. Infine, la somministrazione settimanale dell'EPCL durante un trattamento basato sull'evidenza per i disturbi dell'alimentazione, in ambito ambulatoriale e ospedaliero, ci ha permesso di dimostrare l'applicabilità dello strumento in un contesto clinico.

Alcune limitazioni devono essere sottolineate. Innanzitutto, i nostri risultati non possono essere generalizzati all'intera popolazione di soggetti con disturbo dell'alimentazione, in quanto il nostro campione includeva relativamente pochi maschi e una percentuale molto maggiore di pazienti con anoressia nervosa rispetto a quella di bulimia nervosa e disturbo da binge-eating. In secondo luogo, il metodo utilizzato per determinare la struttura fattoriale dell'EPCL è di tipo esplorativo, e un'analisi fattoriale confermativa o un'Item Response Theory avrebbero permesso di esaminare le prestazioni degli item più in dettaglio. In terzo luogo, i nostri dati non possono essere utilizzati per valutare la validità incrementale dell'EPCL, in quanto non abbiamo somministrato altri questionari per valutare i cambiamenti settimanali nella psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione. Infine, i nostri dati non hanno permesso di identificare, in modo standardizzato, un valore numerico utile per rilevare un cambiamento “significativo”.

Ulteriori ricerche saranno necessarie per stabilire i cut-off clinici e valutare se i cambiamenti settimanali nei punteggi dell'EPCL sono clinicamente significativi nell'individuare cambiamenti repentini e/o prevedere altri cambiamenti successivi nella psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

### **Implicazioni cliniche**

L'EPCL sembra essere uno strumento promettente per misurare i comportamenti e la psicopatologia in pazienti con disturbo dell'alimentazione, settimana dopo settimana. È veloce e facile da completare e può essere facilmente

integrato nella pratica clinica di routine, consentendo la valutazione delle modificazioni settimanali. Lo strumento consente al clinico e al paziente di valutare, attraverso la revisione di ogni singolo item, eventuali cambiamenti che si verificano, a intervalli settimanali, in specifiche espressioni psicopatologiche del disturbo dell'alimentazione. Come ausilio per medici e pazienti nell'identificazione del miglioramento e/o del peggioramento, l'EPCL può consentire una focalizzazione del trattamento su espressioni specifiche della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

Nella nostra pratica clinica troviamo molto utile rivedere attentamente e discutere con il paziente i singoli item dell'EPCL su base settimanale (dopo la procedura della misurazione collaborativa del peso della CBT-E). Questa revisione, se associata a una revisione delle schede di monitoraggio degli ultimi sette giorni, aiuta a evidenziare i cambiamenti che i pazienti hanno ottenuto; un cambiamento settimanale di almeno un punto in uno o più item dell'EPCL può aiutare a identificare le espressioni comportamentali della psicopatologia che devono essere affrontate, e quindi guidare il trattamento. Inoltre, registrando i dati dell'EPCL settimanali su un foglio di calcolo, è possibile osservare se – come ipotizzato dalla teoria CBT-E (Fairburn & Beglin, 2008) – la modificazione di determinati comportamenti (ad esempio la procedura dell'alimentazione regolare, la misurazione collaborativa del peso e/o interrompere il comportamento di controllo della forma del corpo) è associato a una riduzione nel tempo delle preoccupazioni per l'alimentazione, la forma del corpo e il peso, uno degli obiettivi primari della CBT-E.

### Appendice A

Eating Problem Checklist (EPCL). Versione 3.1 che include 7 item di frequenza che misurano comportamenti del disturbo dell'alimentazione e 9 item valutati su scala Likert (0-4) che misurano la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione (come risultato del PAF).

### Referenze

- Aderka, I. M., Nickerson, A., Boe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 93-101. doi:10.1037/a0026455
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Calugi, S., Chignola, E., & Dalle Grave, R. (2019). A Longitudinal Study of Eating Rituals in Patients With Anorexia Nervosa. *Frontiers in psychology*, 10, 15. doi:10.3389/fpsyg.2019.00015
- Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., . . . Dalle Grave, R. (2016). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders*. doi:10.1007/s40519-016-0276-6
- Calugi, S., Miniati, M., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2017). The Starvation Symptom Inventory: Development and Psychometric Properties. *Nutrients*, 9(9). doi:10.3390/nu9090967
- Calugi, S., Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ruocco, A., Chignola, E., . . . Dalle Grave, R. (2015). The Eating Disorder Examination: Reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders*, 20(4), 505-511. doi:10.1007/s40519-015-0191-2
- Collins, L. M., & Coles, M. E. (2017). Sudden gains in exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 93, 1-5. doi:10.1016/j.brat.2017.03.003
- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders*. New York: Nova, Hauppauge.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. Theory, Practice and Clinical Cases*. Maryland: Jason Aronson.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., Milanese, C., El Ghoch, M., Brocco, C., Pellicone, C., & Calugi, S. (2018). Validity and reliability of the Eating Problem Checklist. *Eating Disorders*, 1-16. doi:10.1080/10640266.2018.1528084
- De Leo, D., Frisoni, G. B., Rozzini, R., & Trabucchi, M. (1993). Italian community norms for the Brief Symptom Inventory in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology*, 32 ( Pt 2), 209-213.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Dotti, A., & Lazzari, R. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders*, 3(4), 188-194.

- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. In C. G. Fairburn (Ed.), *Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0)* (pp. 309-313). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2008). *Eating Disorder Examination (Edition 16.0D)*. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 265-308). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Gorusch, R. L. (1983). *Factor Analysis (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. doi:10.1002/jclp.20108
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. New York: Routledge.
- Konig, J., Karl, R., Rosner, R., & Butollo, W. (2014). Sudden gains in two psychotherapies for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 15-22. doi:10.1016/j.brat.2014.06.005
- Lydecker, J. A., Cotter, E. W., & Mazzeo, S. E. (2014). Body checking and body image avoidance: construct validity and norms for college women. *Eating Behaviors*, 15(1), 13-16. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.009
- Nogueira-Arjona, R., Santacana, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Valles, V., & Fullana, M. A. (2017). Sudden gains in exposure-focused cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1285-1291. doi:10.1002/cpp.2093
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: the use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(5), 287-303. doi:10.1002/cpp.594
- Spangler, D. L. (2010). The Change in Eating Disorder Symptoms scale: scale development and psychometric properties. *Eating Behaviors*, 11(3), 131-137. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.12.003
- Stevens, J. P. (1992). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale: Erlbaum.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, S. L. (2013). *Principal components and factor analysis Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894-904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 168-172. doi:10.1037/0022-006x.73.1.168
- Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Tritt, A., Dyas, R., & Waller, G. (2015). Development, psychometric properties and preliminary clinical validation of a brief, session-by-session measure of eating disorder cognitions and behaviors: The ED-15. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1005-1015. doi:10.1002/eat.22430
- Utzinger, L. M., Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Peterson, C. B., & Wonderlich, S. A. (2016). Are sudden gains important in the treatment of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 32-35. doi:10.1002/eat.22458

**Appendice A**

**Eating Problem Check List (EPCL). Versione 3.1**

**Data** .....

**Istruzioni.** Le seguenti domande riguardano gli ultimi 7 giorni. È pregato di rispondere a tutte le domande. Grazie

<b>Quante volte nell'ULTIMA SETTIMANA (7 giorni)</b>	N° episodi
Ho avuto abbuffate oggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)	
Ho avuto abbuffate soggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione non associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)	
Mi sono provocato/a il vomito per controllare il peso e/o la forma del corpo	
Ho assunto lassativi per controllare il peso e/o la forma del corpo	
Ho assunto diuretici per controllare il peso e/o la forma del corpo	
Ho fatto esercizio in modo eccessivo per controllare il peso e/o la forma del corpo	
Quante volte mi sono pesato	

<b>Quante volte nell'ULTIMA SETTIMANA (7 giorni)</b>	0 mai	1 raramente	2 qualche volta	3 spesso	4 sempre
Ho cercato di evitare di mangiare dei cibi per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione					
Ho cercato di ridurre la quantità di cibo per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione					
Ho avuto comportamenti di check dell'alimentazione (es. contare le calorie, pesare ripetutamente il cibo, guardare le etichette degli alimenti)					
Ho avuto comportamenti di check della forma del corpo (es. guardarsi allo specchio, misurare parti del corpo, guardare il corpo degli altri)					
Ho evitato di esporre il corpo (es. evitare di pesarsi, indossare abiti che nascondono il corpo, evitare di guardarsi)					
Mi sono sentito/a grasso/a					
Mi sono preoccupato/a per il peso					
Mi sono preoccupato/a per la forma del corpo					
Mi sono preoccupato/a per il controllo dell'alimentazione					

"Preoccupazioni per l'immagine corporea" il punteggio globale è ottenuto sommando gli item 4, 5, 6, 7, 8

"Preoccupazioni per l'alimentazione" il punteggio globale è ottenuto sommando gli item 1, 2, 3, 9