

# Immagine corporea: studio preliminare dell'applicazione del *Body Uneasiness Test* (BUT) per la ricerca delle specificità in disturbi del comportamento alimentare, ansia, depressione, obesità

*Body image: a preliminary study of the administration of the Body Uneasiness Test (BUT) to investigate specific features of eating disorders, anxiety, depression, and obesity*

I. CARTA  
L.E. ZAPPA  
G. GARGHENTINI  
M. CASLINI

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano-Bicocca

## Key words

*Body image • Eating disorders • Anxiety • Depression • Obesity • Body Uneasiness Test (BUT)*

Correspondence: Dr. Luigi Enrico Zappa, corso Garibaldi 12, 20121 Milano, Italy  
Tel. +39 039 2332404  
l.zappa@hsgerardo.org

## Summary

### Objectives

The aim of the study was to detect any significant difference between perceived Body Image in patients with Obesity, Anxiety, Depression, Eating Disorders, and a control group, as well to identify the typical features of perceived Body Image in all above-mentioned disorders.

### Methods

The study was performed at the Mental Health Department and at psychiatric facilities of the San Gerardo Hospital, Monza, Italy. The sample comprised 282 subjects divided into two groups, a study group consisting of 130 patients with any of the above disorders and a control group of 152 students attending the Milano Bicocca School of Medicine and their relatives. The study group comprised patients divided into four subgroups: Anxious Disorder, Depressive Disorder, Eating Disorder and Obesity. The study was based on a self-rated questionnaire, the Body Uneasiness Test (Cuzzolaro and Vetrone, 1999) part a, which is used to assess Body Image disorder. We used correlation and linear regression to investigate relationships among variables; t-test and analysis of variance ANOVA, to compare means and groups.

### Results

We found a reduction of Compulsive Self Monitoring with age in both the control and all patient groups. Body Image disorder did not correlate with educational level in any of the groups (Table I). The frequency of Body Image Disorder is higher in women (Table II). Body Image disorder is different between the control group and the groups with obesity, anxiety and eating disorder; the control and the study groups showed a different disorder level in every subscale. The control group and the group of patients with depression showed similar distributions on the BUT. Evaluating the specific features of Body Image Disorder in different patient groups we found that it is higher in eating disorder patients. Pathological Body Image Disorder was found in 86% of patients with an Eating Disorder, 45% of patients with anxiety, 40% of patients with obesity, 20% of patients with depression and in 15% of controls (Table III).

In patients with an Eating Disorder, the disorder is higher in all BUT subscales, except Compulsive Self monitoring (Table V). It is interesting that Eating Disorders differed from anxiety only for quantitative measures, i.e., patients in the former group showed a greater unease about their Body Image than patients in the latter group. Patients with Obesity scored intermediate between the above two groups.

Moreover, we found that the distribution of pathological BUT scores is the same in all Eating disorder subtypes (Anorexia, Bulimia and Bing Eating Disorder). In patients with Obesity, Body Image disorder increase parallels the increase in Body Mass Index (Table VI).

### Conclusions

According to our results, Body Image Disorder is found not only in patients with Eating Disorders, where it is much high and frequent, but also in anxiety disorders. In Anxiety and Eating disorders, but not in depression, Body Image has constant and uniform features; it can be considered as an organizer in a dimensional vision of patients, not described by the categorical predetermined diagnosis, but on the basis of each patient's psychopathological features.

## Introduzione

L'immagine corporea (IC) è un concetto di confine, che trae radici nel campo medico neurologico e che, negli ultimi due secoli è stato profondamente rivisitato dalla psichiatria e dalla psicologia. Prima del concetto di immagine venne formulato quello di schema corporeo, rappresentazione cognitiva della posizione e dell'estensione del corpo nello spazio finalizzata alla costruzione dell'azione. Tale concetto è ancor oggi attuale e cardine per alcuni paradigmi di studio nel campo delle neuroscienze.

La prima formulazione del concetto di IC viene attribuita a Schilder (1935) <sup>1</sup> e si compone, oltre che della rappresentazione mentale derivante dalle percezioni, anche di investimenti personali e significati socioculturali, caratteri che denotano l'immagine del corpo come una strutturazione totalitaria che accorpa gli atteggiamenti, i vissuti, i sentimenti, i modi di pensare il corpo.

Il problema maggiore nello studio dei disturbi dell'IC è la mancanza di presupposti teorici univoci in luogo di articolazioni complesse influenzate da innumerevoli variabili di difficile gestione. Dopo Schilder, infatti, fenomenologi, psicanalisti, esponenti della psicologia sociale e dello sviluppo hanno offerto i contributi più svariati nel tentativo di definire l'IC. Autori come Dolto (2001) <sup>2</sup> tendono a riprendere l'aspetto totalitario dell'IC "totalità dell'esperienza corporea"; anche Rezzonico & Strepparava (1987) <sup>3</sup> hanno cercato un modello di integrazione tra i concetti di schema e immagine sostenendo che quest'ultima si determina a partire dallo schema e comprende aspetti sensoriali, cognitivi, emotivi, sociali e culturali.

Abbiamo tentato di collocare il concetto di IC nel complesso panorama della psichiatria odierna e nell'attuale rivoluzione nosografica secondo una prospettiva dimensionale per cui, in ogni quadro clinico, possono coesistere più dimensioni psicopatologiche, prive di rapporti gerarchici ma caratteriz-

zate da specifica intensità, interferenza e durata dei sintomi. Proponiamo di leggere l'alterata immagine corporea come tratto trasversale a differenti patologie psichiatriche.

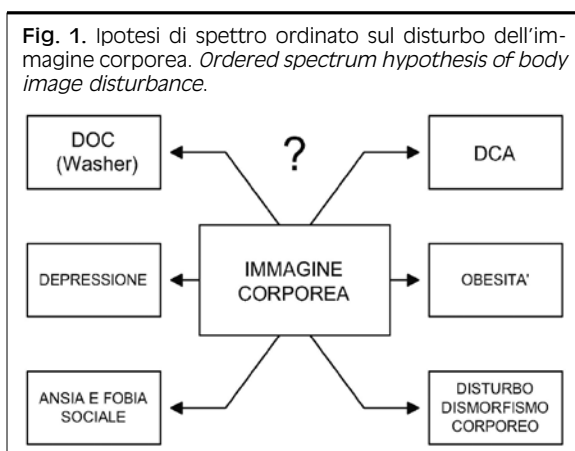
In letteratura, un lavoro di Castrogiovanni (2004) <sup>4</sup>, partendo dallo spettro epifenomenico dei comportamenti fobico-sociali, ne ha individuato le comunanze ed è risalito al loro nucleo fondamentale, cioè la vergogna del proprio essere corporeo. Riprendendo le conclusioni dell'autore, riteniamo che l'alterata IC sia l'ordinatore strutturale omogeneo alla base di patologie differenti, componenti dello spettro categoriale dei disturbi dell'IC. Vengono inseriti nello spettro alcuni disturbi d'ansia (disturbo da attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, fobia sociale), alcune forme depressive, l'anoressia e gli altri disturbi del comportamento alimentare e il disturbo da dimorfismo corporeo (Fig. 1).

## Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto all'interno del DSM e negli ambulatori specialistici dell'ospedale "San Gerardo" di Monza. Sono stati raccolti un campione clinico di 130 soggetti al primo ingresso presso gli ambulatori specialistici con diagnosi tra disturbo del comportamento alimentare (DCA), disturbo d'ansia, disturbo depressivo, obesità iperfagica e un campione controllo composto da 152 studenti della Facoltà di Medicina di Milano-Bicocca e loro familiari. I soggetti sono stati intervistati tramite autosomministrazione del *Body Uneasiness Test* (BUT) (Cuzzolaro & Vetrone, 1999) <sup>5</sup> parte A, per valutare l'immagine corporea disturbata; il BUT è costituito da 34 items su scala Lickert da 0 a 5 classificabili in 5 sottoscale (*weight phobia, body image concern, compulsive self monitoring, avoidance e depersonalization*) e un indice di severità globale (*Global Severity Index* [GSI]).

L'intento dello studio è quello di valutare l'esistenza di una significativa differenza tra l'immagine corporea dei soggetti del gruppo di controllo e quella dei gruppi di pazienti. Inoltre, si sono cercate eventuali specifiche caratteristiche per l'immagine corporea in ciascuna delle patologie precedentemente citate. Da un punto di vista concettuale, abbiamo scelto di lavorare su due filoni paralleli, impostando tutte le analisi sui campioni disponibili senza osservare il loro punteggio BUT globale, e successivamente, in maniera analoga, su un nuovo campione, selezionato dal precedente dopo l'introduzione del criterio di positività al BUT.

Abbiamo utilizzato l'analisi delle correlazioni e la regressione lineare per indagare eventuali relazioni tra variabili; il test "t" e l'analisi della varianza ANOVA (*ANalysis Of VAriance*), per confrontare gruppi e punteggi ottenuti al BUT.



## Risultati

In Tabella I vengono riportate le caratteristiche socio-demografiche dei diversi campioni.

Mediante regressione lineare si sono analizzate le relazioni tra età, e le sottoscale del test. Nel campione controllo, il test è risultato significativo per la sottoscala *compulsive self monitoring* ( $p < 0,05$ ) e la regressione lineare è negativa: al crescere dell'età i comportamenti di *checking* si riducono. Nel campione clinico, il test è risultato significativo per tutte le sottoscale e per l'indice globale con regressione lineare negativa; suddividendo il campione clinico in gruppi diagnostici solo per i soggetti con disturbo d'ansia non si ritrova correlazione tra le sottoscale BUT, il GSI e l'età.

Per quanto riguarda le differenze legate al genere sia nel campione di controllo sia in quelli clinici le fem-

mine ottengono al BUT punteggi significativamente più alti rispetto ai maschi (Tab. II).

Applicando il metodo della regressione lineare si sono analizzate le relazioni tra il titolo di studio, espresso in numero di anni di corso effettuati, BUT e sottoscale del test: la relazione lineare non è stata soddisfatta né nel campione controllo né nel campione clinico.

Dalla Tabella III si evince che, analizzando nei diversi gruppi la presenza di BUT patologica, questa risulta significativamente più frequente tra le pazienti con DCA (oltre 86%); sia il gruppo disturbo d'ansia sia quello obesità fanno registrare una frequenza di poco inferiore al 50%, mentre nei gruppi disturbi dell'umore e gruppo di controllo la presenza di BUT patologiche risulta sostanzialmente sovrapponibile e relativamente bassa (15-20%).

**Tab. I.** Caratteristiche socio demografiche dei soggetti reclutati nello studio. *Socio-demographic characteristics of subjects recruited in the study.*

Numero	Età		Sesso		Scolarità			
	Media	DS	M	F	Elementari	Medie	Diploma	Laurea
Controlli 152	28,6	10,32	43 28%	109 72%	0 0,0%	8 5%	99 65%	45 30%
Pazienti 130	37,2	11,1	10 15%	111 85%	7 5%	39 30%	67 52%	17 13%
Anoressia 59	33	11,2	0 0%	59 100%	1 2%	13 22%	36 61%	9 15%
Ansia 31	37,7	9,2	4 13%	27 87%	3 10%	12 39%	9 29%	7 22%
Disturbi dell'umore 20	44,2	9	9 45%	11 55%	1 5%	8 40%	10 50%	1 5%
Obesità 20	41,8	10,2	6 30%	14 70%	2 10%	6 30%	12 60%	0 0%

**Tab. II.** Differenza di genere nei punteggi BUT dei soggetti reclutati nello studio. *Gender differences in BUT score of subjects recruited in the study.*

	Maschi		Femmine		Valore t	p
	Media	DS	Media	DS		
WP	0,86	0,80	1,83	1,14	-6,23	0,0000
BIC	0,70	0,73	1,69	1,22	-6,10	0,0000
A	0,26	0,53	0,86	1,01	-4,52	0,0000
C	0,53	0,41	1,13	0,87	-5,27	0,0000
D	0,29	0,42	0,98	1,09	-4,89	0,0000
GSI	0,53	0,47	1,30	0,96	-6,14	0,0000

Maschi = 62; femmine = 220.

WP = *Weight Phobia*; BIC = *Body Image Concern*; A = *Avoidance*; C = *Compulsive Self Monitoring*; D = *Depersonalization*; GSI = *Global Severity Index*.

**Tab. III.** Frequenze di BUT patologiche nei diversi campioni clinici e nel campione controllo. *Frequencies of pathological BUT scores in clinical and control samples.*

	N.	BUT non patologico	BUT patologico
DCA	59	13,56%	86,44%
Ansia	31	54,84%	45,16%
Umore	20	80,00%	20,00%
Obesità	20	60,00%	40,00%
Controlli	152	84,87%	15,13%

**Tab. IV.** Confronto mediante ANOVA con covariate età, genere e scolarità, dell'indice globale di severità del BUT nei diversi campioni clinici e nel campione controllo. *Comparison through ANOVA of the global index of severity of BUT scores in the clinical and control samples with age, gender and educational level as the covariates.*

	DCA	Ansia	Umore	Obesità	Controllo
Medie	2,23	1,28	0,82	1,25	0,67
DCA		0,00	0,00	0,00	0,00
Ansia	0,00		0,02	0,90*	0,00
Umore	0,00	0,02		0,04	0,32*
Obesità	0,00	0,90*	0,04		0,00
Contr.	0,00	0,00	0,32*	0,00	

\* Differenze non significative.

Confrontando i punteggi ottenuti al BUT nei diversi campioni, mediante ANOVA con covariate età, genere e scolarità, solo tra il gruppo di controllo e i disturbi dell'umore e tra obesi e ansiosi non si osservano differenze significative (Tab. IV).

Al fine di indagare il "profilo" e le caratteristiche del disturbo dell'IC, nell'ipotesi di una IC quale ordinatore strutturale omogeneo alla base di patologie differenti, abbiamo analizzato la distribuzione dei punteggi nelle sottoscale del BUT per i soggetti con punteggio patologico al GSI suddivisi per sottogruppi diagnostici; si è escluso da questa analisi il sottogruppo di pazienti con diagnosi di disturbo dell'umore poiché in esso la distribuzione del BUT patologico è risultata sostanzialmente sovrapponibile a quella del gruppo di controllo.

Come si può osservare in Tabella V, tra le classi diagnostiche DCA e disturbi d'ansia si osservano differenze significative in tutte le sottoscale eccetto che nel controllo compulsivo dell'aspetto (*Body Image Concern* [BIC]). È interessante analizzare la tipologia di tale differenza alla luce dell'ipotesi dell'IC quale ordinatore strutturale omogeneo; per i due sottogruppi, infatti, non si ritrova una differenza qualitativa nel profilo dell'IC, ma una differenza quantitativa in tutte le sottoscale BUT: i DCA ottengono un punteggio sempre maggiore, manifestando un disagio più marcato nei confronti della propria IC rispetto ai soggetti con disturbo d'ansia. I punteggi dei soggetti obesi sono risultati intermedi.

**Tab. V.** Confronto dei punteggi ottenuti al BUT nei diversi gruppi diagnostici. Analisi effettuata sui soli soggetti con test patologico. *Comparison among the various diagnostic groups for the scores obtained on the BUT. This analysis has been conducted only on subjects with pathological scores on the BUT.*

	Sottoscala WP				Sottoscala BIC		
	DCA	Ansia	Obesità		DCA	Ansia	Obesità
Media	3,20	2,70	2,70	Media	3,1	2,8	3,2
DCA		0,02*	0,06	DCA		0,15	0,69
Ansia			0,95	Ansia			0,19
	Sottoscala A				Sottoscala C		
	DCA	Ansia	Obesità		DCA	Ansia	Obesità
Media	2,02	1,44	1,81	Media	1,92	1,37	1,5
DCA		0,05*	0,57	DCA		0,03*	0,18
Ansia			0,38	Ansia			0,73
	Sottoscala D						
	DCA	Ansia	Obesità		DCA	Ansia	Obesità
Media	2,27	1,53	2,08				
DCA		0,01*	0,60				
Ansia			0,19				

ANOVA, test LSD; covariate età, scolarità, genere, probabilità per test *post hoc*.  
 \* Differenza significativa  $p < 0,05$   
 WP = *Weight Phobia*; BIC = *Body Image Concern*; A = *Avoidance*; C = *Compulsive Self Monitoring*; D = *Depersonalization*.

**Tab. VI.** Correlazioni statisticamente significative osservate nel gruppo dei soggetti con obesità tra peso (BMI) e alcune scale del BUT quali indice globale, fobia del peso e preoccupazione per il proprio aspetto. *Statistically significant correlations emerging in the group of patients with obesity between body weight (expressed as BMI) and some BUT scales, such as global severity index, weight phobia, and body image concern.*

	BMI
WP	0,641
BIC	0,647
GSI	0,528

p < 0,05  
 WP = Weight Phobia; BIC = Body Image Concern; GSI = Global Severity Index.

Successivamente, si sono indagati i punteggi BUT dei pazienti con DCA suddivisi nelle rispettive sottoclassi diagnostiche ma non si è evidenziata nessuna differenza significativa né nella frequenza del GSI patologico né nella distribuzione dei punteggi nelle sottoscale: le caratteristiche del disturbo dell'IC nelle pazienti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder* [BED]) da noi sottoposte al BUT risultano cioè sovrapponibili.

In Tabella VI si riportano le correlazioni significative osservate nel gruppo dei soggetti con obesità tra peso (*Body Mass Index* [BMI]) e alcune scale del BUT quali indice globale, fobia del peso e preoccupazione per il proprio aspetto.

## Discussione

Nell'analisi della relazione tra il disturbo dell'immagine corporea e l'età, si è ritrovata una riduzione dei comportamenti di controllo compulsivo con l'aumento dell'età sia nel campione controllo sia in quello clinico. Le analisi condotte sul campione clinico mostrano che tutte le componenti del disturbo dell'immagine corporea descritti dal BUT (fobia del peso, preoccupazione per l'aspetto, evitamento, controllo compulsivo, depersonalizzazione) si riducono con l'età; sembra che con l'avanzare dell'età soggetti con diagnosi psichiatrica (disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, DCA e obesità) siano spinti a una maggiore accettazione della propria immagine e subiscano meno il disagio che può essere da essa generato.

Indagando la relazione tra il disturbo dell'immagine corporea e il genere, si è trovato che il disturbo compare più frequentemente nel sesso femminile; del resto, è noto che la maggior parte delle donne, nella cultura occidentale, riferisce una, più o meno rilevante, insoddisfazione per il proprio corpo nel confrontarsi con gli standard di bellezza proposti dalla società

mediatica e fondati sull'idealizzazione della magrezza e sulla denigrazione dell'obesità.

Il BUT si è dimostrato in grado di distinguere il campione controllo e il campione clinico sulla base della presenza del disturbo dell'immagine corporea; tale discriminazione è stata possibile anche inserendo nel campione clinico soggetti con diagnosi diverse rispetto a quelle per cui il test è stato validato (DCA).

Il test BUT differenzia in maniera significativa il gruppo di controllo da quelli clinici eccetto che per il gruppo di pazienti con disturbo dell'umore in cui la frequenza di IC inadeguata e punteggio globale ottenuto al BUT (GSI) sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli osservati nel gruppo di controllo; Beck (1976) <sup>6</sup> segnalava una maggior frequenza del disturbo nei pazienti depressi e la frequenza di comparsa era correlata con la gravità del sintomo depressivo, da noi non misurata.

Un disturbo dell'immagine corporea conclamato è più spiccato nelle pazienti con DCA in tutte le variabili eccetto il controllo compulsivo dell'aspetto, che è presente in maniera non significativamente diversa in tutti i gruppi clinici.

Per i diversi sottogruppi diagnostici del campione clinico, si è poi analizzata la distribuzione dei punteggi nelle sottoscale del BUT considerando i soli soggetti con punteggio patologico al GSI; il sottogruppo con diagnosi di disturbo dell'umore è stato escluso dall'analisi in quanto riportava una distribuzione del BUT patologico sostanzialmente sovrapponibile a quella del gruppo di controllo. Tra le classi diagnostiche DCA e disturbi d'ansia si osservano differenze significative in tutte le sottoscale eccetto che relativamente al controllo compulsivo dell'aspetto (BIC). Non ritroviamo una differenza qualitativa nel profilo del disturbo dell'IC nei due sottogruppi, ma la medesima differenza quantitativa in tutte le sottoscale BUT: i DCA ottengono un punteggio maggiore manifestando un disagio più marcato nei confronti della propria IC rispetto ai soggetti con disturbo d'ansia (i soggetti obesi ottengono sempre punteggi intermedi). Analizzano nelle specifiche diagnosi dei DCA la distribuzione dei punteggi al test BUT non si osservano differenze significative tra anoressia, bulimia e BED: il disturbo dell'IC è sostanzialmente sovrapponibile per le tre categorie diagnostiche.

L'analisi sul campione di pazienti obesi ha evidenziato che a livelli di BMI maggiori corrisponde un incremento della fobia del peso, della preoccupazione per la propria immagine e della severità globale del disturbo dell'immagine corporea. Ciò è in disaccordo con Marano & Cuzzolaro (2007) <sup>7</sup>, ma è in accordo con la letteratura che sostiene che l'alto grado di adiposità aumenta i disturbi dell'immagine corporea e che la massa corporea, reale o in prospettiva, correla positivamente con la non accettazione (Shwarz & Brownell, 2005) <sup>8</sup>.

## Conclusioni

L'indagine condotta ha sottolineato vari aspetti del disturbo dell'immagine corporea, alcuni già noti, altri più innovativi e meritevoli di approfondimento. Dicendo che il disturbo dell'immagine corporea si ritrova in maniera preponderante nelle pazienti con DCA, non aggiungiamo nulla a quanto si poteva prevedere in base alla conoscenza delle patologie della condotta alimentare e a ciò che viene riportato in letteratura; la correlazione tra DCA e disturbo dell'immagine corporea è nota dal 1973, con la descrizione di Hilde Bruch<sup>9</sup>. Ciò che più ci preme sottolineare, però, è come il disturbo dell'immagine corporea, secondo la nostra analisi, si ritrovi anche in pazienti con disturbi d'ansia e non in soggetti con disturbi dell'umore. La ricerca non ha contemplato, finora, scale per la valutazione della gravità sintomatologica di pazienti ansiosi e depressi, cosa che verrà sicuramente contemplata nel proseguo del protocollo.

A questo proposito, richiamiamo il recente lavoro di Siciliani et al. (2007)<sup>10</sup>, che, seppur con materiali differenti, ha segnalato la correlazione tra sintomi depressivi di pazienti con disturbo psichiatrico diverso da DCA e l'insoddisfazione corporea. Anche Joiner & Schmidte (1997)<sup>11</sup> segnalavano la somiglianza qualitativa tra l'insoddisfazione corporea dei pazienti con depressione e quelli con bulimia nervosa, all'opposto di quanto evidenzia il nostro studio attraverso il BUT. Nei soggetti con disturbo alimentare e nei soggetti con disturbo d'ansia, il disturbo dell'immagine corporea è un costrutto con caratteri costanti e qualitativamente uniformi: può funzionare da nucleo ordinatore per una visione dimensionale dei casi clinici, non inseriti in gruppi sindromici predefiniti, ma descritti sulla base delle dimensioni psicopatologiche che li caratterizzano e che mantengono specifiche caratteristiche di intensità e durata. Il nostro tentativo di individuare una

dimensione comune non vuole sottovalutare l'eventuale specificità con cui il disturbo può manifestarsi all'interno di soggetti diversi: è importante determinare la specificità dei disturbi dell'immagine corporea in ciascun paziente per poi scegliere il trattamento in grado di fornire risultati adeguati.

Uno dei problemi più rilevanti di questo studio è stata la scelta dei test da somministrare.

Attribuiamo tale difficoltà a diversi ordini di fattori:

- la non univocità del concetto di immagine corporea, ad oggi mancante di solide definizioni e supporti teorici;
- la complessità del concetto di immagine corporea, che raggruppa livelli di consapevolezza diversi (percettivo, cognitivo, emotivo-psicologico, sociale), tutti meritevoli di un'adeguata valutazione psicometrica;
- la mancanza di questionari capaci di cogliere la complessità descritta, andando oltre l'aspetto della banale insoddisfazione;
- la carenza di questionari tradotti in italiano e validati in Italia.

La scelta del BUT è sembrata la più adeguata, ma è sicuramente stata l'unica possibile. Se, da un lato, il test è semplice, chiaro, veloce, ben inseribile nell'ambito clinico e capace di cogliere aspetti importanti del disagio corporeo, dall'altro trascura aspetti fondamentali dell'immagine corporea, come la percezione, la consapevolezza enterocettiva, la somatizzazione, la conversione e, a livello emozionale, l'anedonia e l'alessitimia.

Su tutti questi aspetti, il quesito sull'esistenza e sulla presenza di specificità del disturbo dell'immagine corporea rimane irrisolto; buoni risultati potrebbero pervenire se si riuscissero a correlare i tratti del disturbo dell'immagine corporea con le organizzazioni cognitive di significato personale.

## Bibliografia

- 1 Shilder P. *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: Franco Angeli 1973.
- 2 Dolto F. *L'immagine inconscia del corpo*. Milano: Bompiani 2001.
- 3 Rezzonico G, Strepparava MG. *La misura dell'immagine corporea e la sua utilità in campo medico*. *Ricerche di Psicologia* 1996;4:339-49.
- 4 Castrogiovanni P, Goracci A, Bisconti P, Della Pepa A. *Lo spettro della fobia sociale e lo spettro dei comportamenti fobico sociali*. *Giorn Ital Psicopat* 2004;10:349-58.
- 5 Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano GF, Battacchi MW. *BUT: una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo*. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 1999;66:417-28.
- 6 Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press 1976.
- 7 Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, Garfinkel PE, Temperilli F, Spera G, et al.; QUOVADIS Study Group. *Validating the Body Uneasiness Test in obese patients*. *Eat Weight Disord* 2007;6:70-82.
- 8 Schwartz MB, Brownell KD. *Obesity and body image*. In: Cash T, Pruzinsky T, editors. *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press 2002, pp. 200-9.
- 9 Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare*. Milano: Feltrinelli 1973.
- 10 Siciliani O, Siani R, Castellazzi MS. *Body image: confronto tra pazienti con disturbi del comportamento alimentare e pazienti con altri disturbi psichiatrici afferenti al servizio di Psicoterapia del Policlinico G.B. Rossi in Verona*. *Giorn Ital Psicopat* 2007;13:155-61.
- 11 Joiner TE, Schmidt NB. *Global self esteem as contingent on body satisfaction among patient s with bulimia nervosa: lack of diagnostic specificity?* *Int J Eat Disord* 1997;21:67-76.