

Autostima, metarimuginio, perfezionismo, responsabilità e rimuginio nei disturbi alimentari

Sandra Sassaroli¹, Sara Bertelli², Francesca Fiore¹, Luca Boccalari², Gianluigi Luxardi³, Silvio Scarone², Patrizia Todisco⁴, Giovanni Maria Ruggiero⁵

Sommario: OBIETTIVO: il perfezionismo patologico e la bassa autostima risultano essere i fattori cognitivi principalmente coinvolti nei disturbi alimentari (DA). Questo lavoro si proponeva di verificare la modalità secondo cui alcuni costrutti cognitivi come la responsabilità patologica, l'autostima, il perfezionismo, il rimuginio, il metarimuginio e la metacognizione agiscono sull'impulso alla magrezza. METODI: Un gruppo di soggetti con DA e un gruppo di controllo hanno compilato un pacchetto di questionari per valutare diverse variabili cognitive. I dati sono stati elaborati calcolando la regressione gerarchica e la MANOVA. RISULTATI: Responsabilità, rimuginio e metarimuginio sono risultate presenti in misura maggiore nei soggetti con disturbo alimentare rispetto al gruppo di controllo, ma il loro effetto predittivo è risultato non significativo quando si controllava per il perfezionismo e la bassa autostima.

Parole chiave: autostima, disturbi alimentari, metarimuginio, perfezionismo, responsabilità, rimuginio.

Abstract: AIM: pathological perfectionism and low self-esteem are the cognitive factors involved in eating disorders (ED). This study aims to explore the role played by other cognitive factors like inflated responsibility, worry, meta-worry in the development of ED. METHODS: The study tested the predictive power of the above mentioned cognitive factors in a sample of individuals affected by ED and normal controls using self-report instruments and implementing hierarchical regression and MANOVA. RESULTS: Responsibility, worry and meta-worry were higher in individuals with ED than in controls. However, their predictive power was not significant when controlling for perfectionism and low self-esteem.

Key words: eating disorders, meta-worry, perfectionism, responsibility, self-esteem, worry.

¹“Studi Cognitivi”, scuola di specializzazione post-laurea in psicoterapia cognitiva Milano, Italia; ²Ospedale San Paolo, Milano; ³Centro Psicosociale di San Vito al Tagliamento, Italia; ⁴“Spedali Civili” ospedale, Brescia, Italia; ⁵“Psicoterapia Cognitiva e Ricerca”, scuola di specializzazione post-laurea in psicoterapia cognitiva, Milano, Italia

Corrispondenza: Sandra Sassaroli, “Studi Cognitivi”, Scuola di specializzazione post-laurea in psicoterapia cognitiva, Foro Buonaparte 57, 20121, Milano, Italia. E-mail: grupporicerca@studicognitivi.net

1.1 I fattori cognitivi classici dei disturbi alimentari: perfezionismo e bassa autostima

Il perfezionismo è uno stile di personalità connesso ai Disturbi dell'Alimentazione (DA), (Bauer e Anderson, 1989; Bruch, 1973; Casper, 1983; Halmi et al., 2000) e ai comportamenti ad essi legati, come le restrizioni alimentari, le preoccupazioni rispetto alla forma fisica, al peso e all'impulso alla magrezza (Bastiani et al., 1995; Davis, 1997; Hewitt, Flett e Ediger, 1995; Joiner et al., 1997; McLaren, Gauvin e White, 2001). Esso rappresenta un costrutto multidimensionale in quanto caratterizzato da alti standard, dal timore degli errori, dal criticismo genitoriale, dalle aspettative genitoriali, dai dubbi sulle azioni e dell'organizzazione (Frost et al., 1990). La caratteristica distintiva del perfezionismo patologico è rappresentata dal timore dell'errore. Infatti, i soggetti che mostrano questa peculiarità percepiscono come inaccettabile, foriero di danni futuri, anche il minimo errore e non ritengono le azioni, messe in atto, complete tanto da accompagnarle da un forte senso di auto-critica e di inefficacia (Frost et al., 1990). La dimensione di alti standard personali è presente sia in soggetti clinici sia in soggetti non-clinici e non è discriminativa per i perfezionisti patologici e per coloro che tendono all'alta competenza e al successo (Frost et al., 1990; Hamachek, 1978). Recentemente, è stata proposta una descrizione unidimensionale del perfezionismo definito come Perfezionismo Clinico, ossia un'iper-dipendenza della valutazione di sé sul perseguimento di obiettivi personalmente impegnativi, auto-imposti, in almeno un campo importante, nonostante conseguenze negative (Shafran, Cooper e Fairburn, 2002). I dubbi sulle azioni presentati da questi soggetti consistono nell'incertezza esperita sull'aver fatto o meno una determinata azione, che porta gli stessi ad organizzare, pianificare in maniera ossessiva quanto dovrebbero realizzare (Frost et al., 1990). La critica genitoriale e le aspettative parentali sono collegate alla tendenza dei perfezionisti di ritenere l'amore genitoriale come conseguenza delle loro capacità di soddisfare le aspettative (Burns, 1980; Hamachek, 1978; Patch, 1984). Dunkley et al. (2006) hanno dimostrato che la dimensione valutativa delle preoccupazioni legate al perfezionismo è rilevante da un punto di vista clinico, mentre possedere livelli elevati di standard personali non è di per sé maladattivo.

La bassa autostima è un costrutto unidimensionale che riguarda il giudizio sul proprio valore personale (Rosenberg, 1965), ed è considerata come un fattore importante nello sviluppo della vulnerabilità dei DA. Le persone affette da DA tendono a giudicarsi esclusivamente nell'ambito della forma, del peso e del grasso corporeo (Button et al., 1996; Fairburn, Cooper e Shafran, 2003). Inoltre, sono condizionate da una sensazione pervasiva, generica e vaga di non essere sufficientemente adeguati e competenti e in relazione alle richieste della vita e per questo spendono molto tempo focalizzando la propria attenzione sulle sensazioni negative (Vitousek e Hollon, 1990).

1.2 Altri possibili fattori cognitivi dei disturbi alimentari: senso di responsabilità

La relazione che intercorre fra la responsabilità eccessiva e DA è determinato da una relazione psicopatologica con il disturbo ossessivo

compulsivo (Halmi et al., 2000; Thornton e Russell, 1997), in quanto la responsabilità eccessiva è considerata la credenza centrale dell'ossessività (Salkovskis, 1985). Rachman e Shafran (1999) hanno applicato il concetto di responsabilità ai DA assumendo che questi pazienti considerassero l'eccesso di cibo immorale e il desiderio del cibo come moralmente inaccettabile.

1.3 Altri possibili fattori cognitivi dei disturbi alimentari: rimuginio e metarimuginio

Storicamente il rimuginio è stato poco studiato nel campo dei DA, nonostante la definizione del DSM-IV di timore della grassezza prevede delle relazioni con lo stesso.

Il rimuginio è un'attività di pensiero caratterizzata da una prevalenza di previsioni ansiose e di timori di possibili futuri eventi negativi (Borkovec, 1994). A sua volta, il timore della grassezza è una predizione su possibili futuri eventi negativi riguardo al peso e al grasso. Alcuni studi empirici hanno supportato l'ipotesi che il rimuginio svolga un ruolo psicopatologico nei DA. È stato osservato che le ragazze senza disturbi clinici mostravano in modo significativo più rimuginio sul peso e sul cibo rispetto a ragazzi senza disturbi clinici (Wadden et al., 1991). Inoltre, i soggetti con disturbi alimentari mostrano misure più elevate di rimuginio rispetto al gruppo di controllo (Kerkhof, Hermas, Figeo, Laeremans, Pieters e Aardema, 2000), mentre il consumo di cibo in un campione non clinico di soggetti cronicamente a dieta e inclini al rimuginio era stimolato da pensieri ricorrenti sul rango sociale e sulle prestazioni scolastiche (Scattolon e Nicky, 1995). Sassaroli et al. (2005) hanno dimostrato che esiste una relazione di causa ed effetto tra rimuginio e disturbi alimentari.

Studi recenti hanno rilevato la presenza della ruminazione (rumination) nei DA. La rumination indica un rimuginio presente nella depressione e in altri disturbi dell'umore (Nolen-Hoeksema, 2000). È legata ad eventi negativi passati, mentre il rimuginio è una preoccupazione su futuri eventi negativi. È stato osservato che l'insorgere della bulimia è associato alla ruminazione in risposta ad eventi di vita (Troop e Treasure, 1997), mentre i soggetti che seguono una dieta mostrano in modo significativo più ruminazioni rispetto al mangiare e al cibo, rispetto ai soggetti non a dieta (Hart e Chiovari, 1998).

Il rimuginio patologico è mantenuto da credenze metacognitive positive e negative riguardanti i vantaggi e i pericoli del rimuginare (Wells, 2000), che, in seguito, diventeranno loro stesse oggetto di rimuginio. Quest'ultimo prende il nome di meta-rimuginio (Wells, 2000).

La metacognizione comprende ogni conoscenza coinvolta nei processi di pensiero, valutazione e credenze sulla cognizione stessa e sugli stati mentali altrui (Flavell, 1979). Mentre Ardochini (2002) ipotizza una connessione tra deficit metacognitivo e sviluppo dei disturbi alimentari, Tchanturia et al. (2004) sostengono che non ci sono evidenze di una qualche riduzione specifica dell'efficienza dei processi metacognitivi in chi soffre di anoressia.

1.4 Obiettivi dello studio

Riassumendo, nella ricerca recente il perfezionismo e la bassa autostima sono stati considerati come delle variabili predittive nella genesi dei DA. Lo

scopo del seguente studio è di dimostrare le modalità secondo le quali il perfezionismo, la bassa autostima, la credenza della responsabilità e i contenuti metacognitivi del rimuginio determinano il DA. Più precisamente, l'obiettivo è verificare se esistano delle relazioni tra le variabili prima citate nei due gruppi di pazienti, anoressici e bulimici rispetto ad un gruppo di controllo.

Per semplificare la nostra analisi è stata considerata un'unica misura di DA, la sotto scala per l'impulso alla magrezza del questionario EDI II che valuta la preoccupazione eccessiva di stare a dieta, la preoccupazione per il peso e il timore di aumento del peso (Garner, Olmsted e Polivy, 1983). La suddetta scala comprende una delle caratteristiche cardini del DA ed è essenziale per effettuare una diagnosi sia di anoressia nervosa sia di bulimia nervosa.

2. Studio 1: Il senso di responsabilità eccessiva nei DA

2.1. Metodo

2.1.1 Partecipanti

Allo studio hanno partecipato 40 soggetti italiani afferenti al centro di psicoterapia cognitiva di Milano, "Studi Cognitivi", al Centro Psicosociale di S. Vito al Tagliamento al Centro DA dell'ospedale dello S. Paolo di Milano, al centro DA dell'Ospedale Civile di Brescia. Il reclutamento è stato effettuato durante la fase iniziale di valutazione del trattamento.

Durante questa fase sono stati somministrati, da parte di specializzandi psicologi opportunamente addestrati, un pacchetto di test self-report e intervista clinica strutturata per l'asse I del DSM-IV (SCID, Spitzer, Gibbon, e Williams, 1997; versione italiana Mazzi, Morosini, De Girolamo, Bussetti, e Guaraldi, 2000), grazie alla quale è stato possibile individuare 23 pazienti anoressici e 17 bulimici. Tutti i partecipanti erano di sesso femminile tranne uno. L'età media del campione era di 31,65 anni (*Dev. St.* = 9,99). I soggetti di controllo, di sesso femminile, sono stati reclutati da tra gli allievi della scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva "Studi Cognitivi" di Milano e da una popolazione di operai di Cuneo, Italia.

Il gruppo di controllo è costituito da 44 soggetti, tre dei quali sono stati esclusi perché in psicoterapia. Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni dettagliate sulle procedure e sugli obiettivi dello studio. I criteri di verifica per l'inclusione allo studio erano: diagnosi del DSM basata su SCID I di anoressia o di bulimia per il gruppo DA, mentre il gruppo di controllo non doveva comprendere soggetti con DA o con disturbi d'ansia.

Lo scopo del primo studio è di esplorare e confrontare il potere predittivo del senso di responsabilità, del perfezionismo e della bassa autostima e delle interazioni di queste credenze su una misura di DCA come l'impulso alla magrezza.

2.1.2. Misure

La SCID è un'intervista strutturata basata sui criteri di valutazione del DSM che danno la diagnosi per i disturbi psichiatrici di asse I.

L'impulso alla magrezza è una sottoscala costituita da 7 item dell'Eating Disorders Inventory (EDI, Garner, Olmsted e Polivy, 1983), self report

destinato a valutare le dimensioni cognitive e comportamentali dei DA. La versione italiana del questionario è stata ritradotta in inglese da una persona dagli U.S.A. non pratica dello strumento. L'autore originale dell'EDI ha confrontato la versione originale e la versione ritradotta in inglese dello strumento e non ha trovato differenze significative (Garner, comunicazione personale, 24 giugno 1997).

L'MPS-F (Multidimensional Perfectionism Scale, Frost et al., 1990), è un questionario di 35 item autosomministrato sul perfezionismo. Le scale dell'MPS misurano il timore dell'errore, gli alti standard personali, il criticismo genitoriale, le aspettative genitoriali, i dubbi sulle azioni e l'organizzazione.

L'RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965) valuta la bassa autostima e il senso globale del proprio valore.

La RAS (Responsibility Attitude Scale, Salkovskis et al., 2000), valuta la tendenza a rimuginare sulle proprie responsabilità e sul timore di fare del male. La RAS è una scala auto-somministrata di 26 items. La coerenza interna misurata attraverso l' α di Cronbach per ciascuno dei test somministrati è compresa tra 0,71 e 0,85.

2.2. Risultati

2.2.1. Analisi dei dati

Per esaminare il contributo predittivo del timore degli errori, dell'autostima e della responsabilità, sono state condotte alcune analisi gerarchiche di regressione usando l'impulso alla magrezza dell'EDI come variabile dipendente. Per avere una scala comune con cui valutare il contributo di ciascuna delle variabili indipendenti, abbiamo usato i valori standardizzati. I dati sono stati elaborati attraverso il software SPSS 13.0 (citazione).

Nella prima regressione gerarchica, il timore degli errori è stato inserito come variabile predittiva nella fase uno, mentre, la bassa autostima è stata inserita nella seconda fase. Nella fase uno, il timore degli errori ha predetto significativamente l'impulso alla magrezza (modificazione di $R^2 = .29$, $p < .001$). Nella fase due, la bassa autostima non ha predetto significativamente l'impulso alla magrezza in aggiunta al timore degli errori (modificazione di $R^2 = .02$, $p > .05$). Nella seconda regressione gerarchica, la bassa autostima è stata inserita come variabile predittiva nella fase uno e il timore degli errori è stato inserito nella fase due. Nella fase uno, la bassa autostima ha predetto significativamente l'impulso alla magrezza (modificazione di $R^2 = .22$, $p < .001$) e nella fase due il timore degli errori ha predetto significativamente l'impulso alla magrezza in aggiunta alla bassa autostima (modificazione di $R^2 = .32$, $p < .05$).

Nella seconda fase di questa analisi si è voluto studiare il contributo predittivo della responsabilità rispetto al timore degli errori e alla bassa autostima. In una prima regressione gerarchica, la responsabilità è stata inserita come variabile del predittiva in fase uno e il timore degli errori e la bassa autostima sono stati inseriti in fase due. In fase uno, la responsabilità ha predetto significativamente l'impulso alla magrezza ($R^2 = .19$, $p < .05$) e in fase due il timore degli errori e la bassa autostima hanno predetto significativamente l'impulso alla magrezza rispetto al gruppo di controllo (modificazione di $R^2 = .29$, $p > .05$). In una seconda regressione gerarchica, il timore degli errori e la

bassa autostima sono stati inseriti come variabili predittive in fase uno e la responsabilità è stata inserita in fase due. In fase uno, il timore degli errori e la bassa autostima hanno predetto significativamente l'impulso alla magrezza (modificazione di $R^2 = .48$; timore degli errori: $b = .72$, $p < .05$; bassa autostima: $b = -.05$, $p > .05$) mentre in fase due, la responsabilità non ha significativamente previsto l'impulso alla magrezza (modificazione di $R^2 = .01$, $p > .05$).

Tabella 1: Statistiche descrittive e t-test

	Gruppi	N	Media	Dev. Std.	<i>t</i>	Sig.
Timore degli errori	Disturbi alimentari	40	34.90	8.28	9.34	.000
	Controlli	38	20.08	5.51		
Bassa autostima	Disturbi alimentari	40	22.33	7.08	-3.50	.001
	Controlli	38	27.82	6.79		
Responsabilità	Disturbi alimentari	40	4.78	.91	4.73	.000
	Controlli	38	3.64	1.20		
Impulso alla magrezza	Disturbi alimentari	40	15.28	3.60	14.5	.000
	Controlli	38	3.00	3.78		

I risultati derivanti dalla prima fase indicano che il timore degli errori abbia un più grande contributo predittivo che la bassa autostima. Infatti, il timore degli errori ha predetto una varianza supplementare significativa connessa con l'impulso alla magrezza dopo il controllo per bassa autostima, mentre la bassa autostima non ha predetto alcuna varianza supplementare connessa con l'impulso alla magrezza dopo il controllo per il timore degli errori.

I risultati inerenti alla seconda fase indicano che la responsabilità esercita un minore contributo predittivo che il timore degli errori e la bassa autostima. Infatti, il timore degli errori e la bassa autostima hanno predetto una varianza supplementare significativa connessa con l'impulso alla magrezza dopo il controllo per la responsabilità, mentre la responsabilità non ha predetto alcuna varianza supplementare connessa con l'impulso alla magrezza dopo il controllo per il timore degli errori e la bassa autostima.

Per concludere, i risultati dalle analisi gerarchiche di regressione indicano che, in questo campione, la responsabilità ha un reale potere predittivo su una misura di DA come l'impulso alla magrezza, ma che questo potere predittivo è minore di quello del timore degli errori (perfezionismo patologico) e della bassa autostima.

2.2.4 Effetti di interazione fra credenze

È stata condotta un'analisi di regressione multipla usando timore degli errori, bassa autostima e responsabilità come variabili indipendenti e l'impulso

alla magrezza come dipendente e abbiamo misurato sia gli effetti principali sia gli effetti di interazione fra le tre variabili indipendenti (Aiken e West, 1991). Per avere una scala comune con cui valutare il contributo di ciascuna delle variabili indipendenti, abbiamo usato i valori standardizzati. Il timore degli errori hanno avuto un effetto principale significativo su l'impulso alla magrezza ($F = 19.28$; $p < .001$), mentre tenendo conto delle interazioni bidirezionali e a tre vie, nessun'interazione tra le variabili predittive ha rivelato un effetto significativo sull'impulso alla magrezza.

3. Studio 2: Il metarimuginio nei DA

3.1 Metodo

3.1.1. Partecipanti.

I partecipanti erano 84 soggetti italiani affetti da disturbi alimentari e 54 soggetti italiani appartenenti al gruppo di controllo. I soggetti sono stati reclutati dagli stessi centri precedentemente citati e tutti sono stati sottoposti alla stessa batteria di test sopra descritti.

Usando la SCID I, abbiamo diagnosticato 48 pazienti bulimici e 36 pazienti anoressici. Tutti e 84 i soggetti con disturbi alimentari erano donne. L'età media era di 23,39 anni (*Dev. St.* = 4,75). L'età media dell'esordio del disturbo era 18,83 anni (*Dev. St.* = 2,22). Il gruppo di controllo è formato da 38 soggetti italiani, di sesso femminile con età media pari a 25,31 anni (*Dev. St.* = 5,4).

Lo scopo del secondo studio consiste nell'esplorare e confrontare il potere predittivo delle variabili metacognitive, del perfezionismo e della bassa autostima e delle interazioni di queste credenze su una misura di DCA come l'impulso alla magrezza.

3.1.2. Misure

Nel secondo studio, oltre EDI, MPSI e RSES già descritti, sono stati usati il PSWQ (Penn State Worry Questionnaire, Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990) che valuta il livello di rimuginio e l'MQ (Metacognition Questionnaire, Cartwright e Wells, 1994), che valuta le seguenti variabili: credenze positive sul rimuginio, credenze negative sul rimuginio, efficienza e fiducia metacognitiva, credenze negative generali e automonitoraggio.

3.2 Risultati

3.2.1 Analisi delle dimensioni cognitive e metacognitive tra gruppi.

La tabella 2 riporta le medie e le deviazioni standard di ciascun campione.

Tabella 2: Medie e deviazioni standard

	Controlli		Anoressiche		Bulimiche	
	M	Dev St	M	Dev St	M	Dev St
Timore degli errori (Multidimensional Perfectionism Scale)	21.05	5.17	33.17	9.39	29.50	7.74
Autostima (Rosenberg Self-esteem Scale)	29.61	5.32	18.22	5.69	24.50	7.02
Rimuginio (Penn State Worry Questionnaire)	36.24	4.72	63.14	11.37	58.28	10.95
Credenze positive sul rimuginio (Metacognition Questionnaire)	32.26	6.92	40.56	14.91	38.62	10.44
Credenze negative sul rimuginio (Metacognition Questionnaire)	25.66	4.20	42.22	8.01	36.46	11.55
Efficienza e fiducia metacognitiva (Metacognition Questionnaire)	17.02	4.15	21.11	7.59	19.17	5.45
Credenze negative generali (Metacognition Questionnaire)	21.58	5.20	26.08	4.66	25.88	6.42
Automonitoraggio (Metacognition Questionnaire)	16.53	3.14	20.36	3.96	19.65	3.52

Le tabelle 3 riporta la MANOVA tra gruppo di controllo e gruppi con disturbi alimentari. La scala "timore degli errori" dell'MPS, l'RSES e il PSWQ, hanno distinto il gruppo di controllo dal gruppo con DA. Le variabili metacognitive hanno differenziato il gruppo di controllo da quello con DA. Nella scala "convinzioni sulla competenza cognitiva", solo le anoressiche hanno ottenuto punteggi significativamente diversi dai soggetti di controllo.

Tabella 3: MANOVA in rimuginio, autostima, perfezionismo e credenze meta cognitive

	Controlli (CON)	Anoressiche (AN)	Bulimiche (BN)
PSWQ Rimuginio	36.24 (4.72) ^a	63.14 (11.37) ^b	58.28 (10.95) ^b
$F(2, 119) = 85.09, p < .001; Con - AN: p < .001; Con - BN: p < .001$			
RSES Autostima	29.61 (5.32) ^a	18.22 (5.69) ^b	24.50 (7.02) ^c
$F(2, 119) = 31.78, p < .001; Con - AN: p < .001; Con - BN: p < .01; AN - BN: p < .001$			
MPS Timore degli errori	21.05 (5.17) ^a	33.17 (9.39) ^b	29.50 (7.74) ^b
$F(2, 119) = 25.06, p < .001; Con - AN: p < .001; Con - BN: p < .001$			

Tabella 3 (continua): MANOVA in rimuginio, autostima, perfezionismo e credenze metacognitive

	Controlli (CON)	Anoressiche (AN)	Bulimiche (BN)
MQ Credenze positive sul rimuginio	32.26 (6.92) ^a	40.56 (14.91) ^b	38.62 (10.44) ^b
$F(2, 119) = 5.79, p < .01$; Con – AN: $p < .05$; Con – BN: $p < .01$			
MQ Credenze negative sul rimuginio	25.66 (4.20) ^a	42.22 (8.01) ^b	36.46 (11.55) ^c
$F(2, 119) = 34.37, p > .001$; Con – AN: $p < .001$; Con – BN: $p < .001$; AN – BN: $p < .05$			
MQ Efficienza e fiducia metacognitiva	17.02 (4.15) ^a	21.11 (7.59) ^b	19.17 (5.45) ^a
$F(2, 119) = 4.54, p > .05$; Con – AN: $p < .05$			
MQ Credenze negative generali	21.58 (5.20) ^a	26.08 (4.66) ^b	25.88 (6.42) ^b
$F(2, 119) = 8.12, p < .001$; Con – AN: $p < .01$; Con – BN: $p < .01$			
MQ Automonitoraggio	16.53 (3.14) ^a	20.36 (3.96) ^b	19.65 (3.52) ^b
$F(2, 119) = 12.64, p < .001$; Con – AN: $p < .001$; Con – BN: $p < .05$			

Attraverso la Regressione Lineare Semplice, è stato misurato l'effetto complessivo delle credenze cognitive e metacognitive (predittori) sull'impulso alla magrezza (variabile dipendente) (tabella 4). I risultati hanno mostrato che le variabili cognitive, timore degli errori, bassa autostima e rimuginio, avevano un effetto predittivo significativo sulla misura dei disturbi alimentari. Invece, per quanto riguarda le variabili metacognitive, nessuna di esse ha mostrato un effetto globale significativo.

Tabella 4: Regressione lineare, effetti delle credenze cognitive e metacognitive (predittori) su impulso alla magrezza dell'EDI (variabile dipendente)

Predittori	R	R ²	F	Sig.
Rimuginio (Penn State Worry Questionnaire)	.281	.079	7.021	.010*
Autostima (Rosenberg Self Esteem Questionnaire)	.255	.065	5.696	.019*
Timore degli errori (Multidimensional Perfectionism Scale)	.463	.215	22.411	.000***
Credenze positive sul rimuginio (Metacognition Questionnaire)	.203	.043	3.674	.059+

+ = Sig. < .1; * = Sig. < .05; ** = Sig. < .01; *** = Sig. < .001

Le variabili indipendenti esplorate in questa ricerca erano altamente correlate le une con le altre. Questo potrebbe tradursi, in particolare per piccoli campioni, in una multicollinearità, che porta ad una mancanza di significatività statistica delle singole variabili indipendenti mentre il modello complessivo

potrebbe essere fortemente significativo. Per ridurre l'effetto della multicollinearità tra le variabili predittive, sono state centrate le variabili, ovvero è stata tolta la media da una variabile, lasciando i punteggi di deviazione (Aiken e West, 1991).

Per esaminare gli effetti dell'interazione tra le variabili timore degli errori, autostima e rimuginio è stata realizzata un'analisi di Regressione Lineare Multipla usando tutte le precedentemente menzionate variabili cognitive centrate come variabili indipendenti e l'impulso alla magrezza come dipendente e sono misurati gli effetti di interazione a 2 e a 3 vie tra le variabili indipendenti (Aiken e West, 1991). I risultati mostrano che le interazioni con effetto significativo sui soggetti con disturbi alimentari erano quelle a tre vie tra rimuginio timore degli errori e autostima. L'effetto di interazione a 2 vie tra timore degli errori e autostima ha mostrato un effetto lievemente significativo (tabella 5).

Tabella 5: Regressione lineare multipla, effetti interattivi delle credenze cognitive (predittori) su impulso alla magrezza dell'EDI (variabile dipendente)

Predittori	<i>F</i>	Sig.
Timore degli errori * Autostima	7.021	.010*
Timore degli errori * Autostima * Rimuginio	5.696	.019*

$$R^2 = .162 \text{ (} R^2 \text{ modificato} = .119 \text{)}$$

4. Discussione

I risultati del primo studio suggeriscono che il senso la responsabilità mostra avere un ruolo psicopatologico importante nel modello cognitivo dei DA. Tuttavia, dati ottenuti suggeriscono un ridimensionamento del ruolo della responsabilità. Infatti, dimostrano come il perfezionismo, sotto forma di timore degli errori, sia un predittore più forte dell'impulso alla magrezza che la responsabilità. Inoltre, è stato dimostrato che l'effetto della responsabilità è derivante dal timore degli errori. Tuttavia, tale risultato indicherebbe che la credenza della responsabilità sia presente nel DA, nonostante svolga un ruolo psicopatologico minore rispetto al perfezionismo patologico. In conclusione i dati fin ora ottenuti suggeriscono che gli individui con DA tenderebbero a temere il cibo e l'aumento di peso anche per una sorta di senso esagerato e disfunzionale di responsabilità (Rachman e Shafran, 1999), malgrado il perfezionismo patologico rimanga la credenza centrale dei DA. La regressione gerarchica rileva che nel perfezionismo è presente una componente cognitiva collegata alla responsabilità e alla moralità, ma tale componente è lontana dallo spiegare il nucleo psicopatologico del DA.

I risultati del secondo studio confermano il ruolo del perfezionismo, della bassa autostima e del rimuginio nella psicopatologia dei disturbi alimentari (Vitousek e Hollon, 1990), ed offre spunti interessanti sul possibile ruolo di una dimensione metacognitiva come le credenze positive sul rimuginio.

Il lavoro conferma che il timore degli errori potrebbe essere un modo clinicamente rilevante per concettualizzare il perfezionismo, anche se i risultati non possono essere usati come argomento per falsificare le altre definizioni di perfezionismo, come la definizione di Hewitt e Flett (1991), o il Perfezionismo Clinico di Shafran, Cooper e Fairburn (2003). Si osserva che la credenza "Timore degli Errori" potrebbe essere interpretata come un modo di pensare dello stile ansioso. Infatti, il Timore degli Errori potrebbe essere considerata come una sovra-stima di eventi minacciosi, una paura intensa e ansiosa di fallimento dopo importanti prestazioni. La dimensione del perfezionismo "Timore degli Errori" è importante per capire la psicologia dei soggetti con disturbi alimentari, perché suggerisce come poter interpretare ogni errore e ogni imperfezione corporea o di peso come fallimenti catastrofici (Hewitt e Flett, 1991).

Riguardo all'autostima, il nostro studio conferma il ruolo significativo nel DA (Button, Sonuga-Barke, Davies e Thompson, 1996; Fairburn, Cooper e Shafran 2003; Fairburn, Welch, Doll, Davies e O'Connor, 1997). Dunque, i soggetti con DA hanno un caratteristico schema di sé dipendente dal peso (Vitousek e Hollon, 1990). Questo schema di sé generale è la seconda caratteristica cognitiva centrale dei disturbi alimentari ed è stato chiamato come duratura valutazione negativa di sé (Vitousek e Hollon, 1990).

Il lavoro conferma anche il ruolo svolto dal rimuginio come fattore alla base dei disturbi alimentari. Da un punto di vista clinico il rimuginio può essere utile per interpretare e capire i disturbi alimentari. Si noti che un criterio diagnostico centrale dell'anoressia, la paura della grassezza del DSM-IV, ha molto in comune col Rimuginio. La paura della grassezza, come il rimuginio, è intesa come una previsione di possibili futuri eventi negativi. Probabilmente, i soggetti con DA rimuginano sul peso, sul grasso, sulla forma del corpo, perché prevedono una lunga catena di conseguenze negative legate ad essi. Queste conseguenze negative possono riguardare problemi interpersonali, il senso di autoefficacia, la paura di essere biasimati o disprezzati da genitori o coetanei. La relazione tra Rimuginio e disturbi alimentari è confermata non solo da studi che hanno esaminato direttamente questa variabile (Kerckhof et al., 2000; Scattolon e Nicky, 1995; Sassaroli et al., 2005; Wadden, Brown, Foster e Linowitz, 1991), ma anche da altri articoli. Infatti Godley, Tchanturia, MacLeod e Schmidt (2001) hanno mostrato che sia pazienti con anoressia che pazienti con bulimia nervosa avevano più cognizioni negative dei soggetti del gruppo di controllo. Il tema negativo più comunemente menzionato da anoressici e bulimici era quello riguardo alla loro salute seguita dal campo sociale-interpersonale. Non è necessario sottolineare ulteriormente che il concetto di cognizioni orientate al futuro negative è molto simile al Rimuginio.

L'analisi di interazione chiarifica il ruolo svolto dal Rimuginio. Infatti, tali risultati suggeriscono che l'effetto del Timore degli Errori o dell'Autostima sull'impulso alla magrezza vari in funzione del mutare del Rimuginio. Comunque, gli effetti di interazione rivelati dalla Regressione Lineare Multipla suggeriscono che le variabili cognitive siano strettamente intrecciate le une alle altre e che sia difficile distinguere il loro effetto. Probabilmente il Timore degli errori incrementa una bassa autostima e viceversa. Inoltre, sia il Timore degli

Errori che l'Autostima (bassa) sono incrementate dal Rimuginio. Tutti questi elementi concorrono allo sviluppo dei DA.

Riguardo alla metacognizione, 4 delle 5 scale dell'MQ hanno mostrato punteggi significativamente più alti nei disturbi alimentari che nei soggetti del gruppo di controllo. Tale risultato supporta l'ipotesi che nei disturbi alimentari il Rimuginio su grasso, peso e il mangiare diventa l'oggetto di credenze e valutazioni negative. Quando il rimuginare è valutato come pericoloso, il livello di preoccupazione su cibo, peso e grasso aumenta ed è difficile per i soggetti con disturbi alimentari raggiungere uno stato interno che segnali che è meglio smettere di rimuginare.

Tuttavia, non è possibile dire che questo modello metacognitivo dei disturbi alimentari sia del tutto confermato dai dati riportati. In effetti, nessuna variabile metacognitiva ha mostrato un qualche effetto predittivo sui DA e nessuna variabile metacognitiva ha mostrato effetti di interazione. Tali scoperte suggeriscono che credenze metacognitive sono effettivamente presenti nei soggetti con DA, ma che non presentano un effetto predittivo su un sintomo centrale come l'impulso alla magrezza. Probabilmente, significa che né il meta-Rimuginio né le altre variabili metacognitive svolgano un ruolo psicopatologico nei DA. In conclusione, il metarimuginio nei disturbi alimentari potrebbe essere un effetto collaterale del rimuginio.

I risultati potrebbero essere più robusti con un campione clinico più numeroso e diviso equamente nelle diverse tipologie dei DA. Inoltre, nello studio non sono presenti soggetti con diagnosi NAS, ormai molto comune nei pazienti che richiedono un intervento psicologico per i DA.

Potrebbe essere utile in futuro valutare altre variabili dipendenti oltre l'impulso alla magrezza e capire l'effetto delle variabili cognitive su indicatori di esito differenti. Per poter valutare effetti diversi.

5. Limiti dello studio e conclusioni

Il principale limite dello studio è l'assenza di misurazioni della personalità. Questo dipende dall'impostazione cognitiva del lavoro, che privilegia l'esplorazione delle singole variabili cognitive e trascura l'analisi diretta di strutture più complesse come la personalità.

Tuttavia le variabili da noi studiate appartengono a costellazioni ben precise che comunque configurano indirettamente uno stile di personalità frequentemente associato con i disturbi alimentari, che sarebbe lo stile denominato da Thompson-Brenner, Eddy, Satir, Boisseau e Westen (2008) ad Alto Funzionamento/Perfezionista e individuato da Wonderlich, Swift, Slotnick e Goodman (1990) come personalità ossessiva. In realtà, secondo Holliday, Uher, Landau, Collier e Treasure (2006) si tratta di soggetti che nascondono, dietro la rigidità ossessiva, una grave carenza nella capacità di padroneggiare e regolare gli stati emotivi di conflitto e di inadeguatezza rispetto alle richieste relazionali e prestazionali del mondo esterno. Tuttavia questi pazienti riescono a gestire in maniera parzialmente efficiente la loro disregolazione emotiva attraverso condotte perfezionistiche ossessivamente stereotipate e meccanismi di controllo rigido e che costruisce un senso fittizio di adeguatezza focalizzato su un unico parametro controllabile, come il peso o l'alimentazione o una qualche

prestazione eseguita perfezionisticamente. Naturalmente questo modello invece non si applica a pazienti di funzionamento più basso.

Altri limiti dello studio sono il reclutamento di un campione costituito da studenti universitari e operai, e quindi non del tutto rappresentativo di tutte le varie tipologie sociali. Gli studenti, inoltre, potrebbero condividere con il campione di pazienti tratti perfezionistici legati allo studio e alla loro fase di vita. Inoltre non abbiamo misurato l'influenza che lo stato sociale e livello d'istruzione potrebbe avere avuto sulle variabili indagate e in particolar modo i valori forniti dal Multidimensional Perfectionism Scale. Anche il campione clinico non era del tutto rappresentativo, mancando di soggetti con diagnosi di disturbo alimentare non altrimenti specificato (NAS). Questo dipendeva forse dalla provenienza ospedaliera dei soggetti, che forse ha impedito il reclutamento di soggetti con un disturbo sintomatologicamente come i NAS. Tutto questo impedisce una piena generalizzazione dei risultati e suggerisce una replica dello studio che superi questi limiti.

6. Bibliografia

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.

Ardevini, C. (2002). Attachment theory, metacognitive functions and the therapeutic relationship in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7, 328-31.

Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin T., & Kaye W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.

Bauer, B. G., & Anderson, W. P. (1989). Bulimic beliefs: Food for thought. *Journal of Counseling and Development*, 67, 416-419.

Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment* (pp. 5-33). Chichester, England: Wiley.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. New York: Basic Books.

Bruch, H. (1982). *Anorexia nervosa: Theory and Therapy*. American Journal of Psychiatry, 139, 1531-1538.

Burns, D. D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.

Button, E. J., Sonuga-Barke, E.J., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (2004). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315.

Casper, R. C. (1983). Some provisional ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia. In P. L. Dasmay, P. E. Garfinkel, D. M. Garner, & D. V. Coscina (Eds.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research* (pp.387-392). New York: Alan R. Liss.

Davis, C. (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 421-426.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: a reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 63-84.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, New York, NY 10032.

Fox, J. (1991). *Regression Diagnostics*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Frank, G., Kaye, W., Meltzer, C., Price, J., Greer, P., McConaha, C., Skovira, K. (2002). Reduced 5-HT_{2A} Receptor Binding after Recovery from Anorexia Nervosa. *Biological Psychiatry*, 52, 896-906.

Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Godley, J., Tchanturia, K., MacLeod, A., & Schmidt, U. (2001) Future Directed Thinking in Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 281-296

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.

Hart, K. E., & Chiovari, P. (1998). Inhibition of eating behavior: negative cognitive effects of dieting. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 427-430.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper, and Fairburn. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1217-1220.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.

Hollander, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.

Holliday, J., Uher, R., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2006). Personality Pathology Among Individuals With a Lifetime History of Anorexia Nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 20, 417-430.

Joiner, T. E., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.

Kaye, W., Klump, K., Frank, G., & Strober, M. (2000). Anorexia and Bulimia Nervosa. *Annual Review Medical*, 51, 299-313.

Kerkhof, A., Hermas, D., Figee, A., Laeremans, I., Pieters, G., & Aardema, A. (2000). De Penn State Worry Questionnaire en de Worry Domains Questionnaire: eerste resultaten bij Nederlandse en Vlaamse klinische en poliklinische populaties [The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: First results in Dutch and Flemish in- and outpatient groups]. *Gedragstherapie*, 33, 135-145.

Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G., Bussetti, M., & Guaraldi, G. P. (2000). *SCID, Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV*. Organizzazioni Speciali: Firenze.

Mclaren, L., Gauvin, L., & White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 307-313.

Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207.

Patch, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.

Rachman, S., & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 80-85.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price (ED.), *Modern Trends in Psychological Medicine (Vol. 2, pp. 131-164)*. London: Butterworths.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23, 571-583.

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.

Sassaroli, S., Bertelli, S., Decoppi, M., Crosina, M., Milos, G. & Ruggiero, G. M. (2005). Worry and eating disorders: A psychopathological association. *Eating Behaviors*, 6, 301-7.

Scattolon, Y. S., & Nicky, R. M. (1995). Worry as an inhibitor of dietary restraint. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 25-33.

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.

Strober, M. (2004). Pathologic fear conditioning and anorexia nervosa: on the search for novel paradigms. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 504-508.

Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Treasure, J., Bara-Carril, N., & Schmidt, U. (2004). 'Theory of mind' in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 361 - 366.

Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., & Westen, D. (2008). Personality sub-types in adolescents with eating disorders: Validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49, 170-180.

Thornton, C., & Russell, J. (1997). Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.

Troop, N. A., & Treasure, J. L. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.

Vitousek, K. B., & Hollon, K. B. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.

Wadden, T. A., Brown, G., Foster, G. D., & Linowitz, J. R., (1991). Salience of weight-related worries in adolescent males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 407-414.

Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition*. Chichester: Wiley.

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.

Ricevuto: 25 gennaio 2009. **Revisionato:** 21 ottobre 2009. **Accettato:** 1 novembre 2009.