

ANALISI DELLA RELAZIONE TRA COMPONENTI COGNITIVE E AFFETTIVE NEI DISTURBI ALIMENTARI

OBIETTIVI

In letteratura è possibile riscontrare una varietà di studi che mettono in relazione i sintomi propri dei disturbi alimentari alle modalità di coping disfunzionali e a deficit di tipo metacognitivo (Sassaroli, 2007). In particolare, vi sono numerose evidenze a supporto del fatto che i pazienti con disturbi alimentari presentano alcune funzioni cognitive superiori deficitarie: essi mostrano infatti una scarsa flessibilità cognitiva, possono presentare deficit nella memoria di lavoro e nella capacità di elaborazione inferenziale, oltre che una difficoltà a frenare gli impulsi dovuta ad un controllo inibitorio inefficiente.

Tuttavia, non vi sono ancora ricerche che mettono in relazione nello specifico le modalità disadattive di coping, in particolare quelle di tipo evitante, che contribuiscono a mantenere la sintomatologia, con le metacognizioni disfunzionali, come il bisogno di controllare i propri pensieri. Data la frammentarietà di tali evidenze, il presente studio si propone l'obiettivo di considerare simultaneamente questi due costrutti nell'ambito dei disturbi alimentari; in questo modo si intende fare maggiore chiarezza sul profilo cognitivo dei pazienti, mettendo in relazione la sintomatologia che questi presentano con le metacognizioni e con le strategie di coping.

Inoltre si intende valutare l'impatto della capacità di regolazione emotiva, e delle strategie ad essa connesse, sulla sintomatologia alimentare, dal momento che le pazienti manifestano spesso impedimenti in questo ambito, in particolare nella capacità di regolare gli impulsi e di riconoscere ed accettare le emozioni che si stanno provando. Infine, si vuole indagare, all'interno di questo quadro, la variabile della rigidità cognitiva e di conseguenza il peso che hanno sui sintomi alimentari la mancanza di flessibilità e la difficoltà a passare da un compito ad un altro.

Lo scopo generale, al di là dei singoli obiettivi, è quindi quello di comprendere in che ruolo si collocano questi complessi e ancora in parte ambigui costrutti rispetto all'insorgenza e al mantenimento del disturbo alimentare: l'individuazione delle variabili che potrebbero avere un ruolo causale nella psicopatologia potrebbe portare a

implicazioni cliniche importanti, in funzione sia dell'assessment sia dell'impostazione del trattamento riabilitativo.

METODO

Partecipanti

Allo scopo di individuare quali siano le variabili che presentano un'associazione maggiore con la patologia alimentare, e nello specifico quali di esse risultano proprie di questa malattia mentale piuttosto che di altri sintomi psicopatologici, si è scelto di indirizzare il focus della ricerca sulle differenze che emergono nei costrutti cognitivi tra chi soffre di un disturbo dell'alimentazione e chi invece non presenta tale patologia.

Per questo, il campione è stato selezionato in funzione di creare due gruppi di confronto: quello clinico e quello di controllo.

Il campione clinico è costituito da 14 pazienti di sesso femminile afferenti al Centro per i Disturbi Alimentari di S. Vito al Tagliamento-Pordenone (A.A.S. n°5), di età compresa tra 13 e 46 anni (età media: 24.86). E' stato chiesto loro di compilare i questionari subito dopo la prima diagnosi provvisoria di disturbo alimentare, motivo per cui non è ancora possibile classificarle con certezza nei due sottogruppi di anoressia e bulimia nervosa; in questo studio pertanto le due tipologie di disturbo alimentare sono state considerate simultaneamente e di conseguenza il gruppo clinico presenta caratteristiche molto eterogenee tra loro.

Delle 16 volontarie non cliniche che hanno compilato il questionario, due di esse sono state scartate a causa di un BMI, che, sebbene entro la normalità, era vicino al limite del sottopeso (≤ 19). Di conseguenza, 14 donne fanno parte del campione di controllo: esse sono "sane", ovvero non presentano e non hanno mai presentato in passato un disturbo dell'alimentazione, nè altre psicopatologie o malattie neurologiche; la loro età è compresa tra 18 e 33 anni (età media: 23 anni).

Questionari

Alle partecipanti è stato chiesto di compilare una serie di questionari self-report al fine di misurare la presenza e l'intensità di alcuni costrutti attinenti a diversi livelli: quello affettivo, rappresentato dal deficit nella regolazione emotiva e quello cognitivo e

metacognitivo. Le partecipanti, tramite il modulo di consenso informato, sono state precedentemente informate a grandi linee sulle finalità del progetto e sono state invitate a completare la serie di questionari in un'unica sessione della durata complessiva di circa 45 minuti.

Gli strumenti utilizzati per indagare in modo completo il ruolo che i deficit cognitivi e affettivi giocano nella relazione tra strategie di coping disfunzionali e i sintomi della patologia sono in totale 9:

- EDI-2 *Eating disorder inventory-2* (Garner, 1991): la prima versione del questionario è stata introdotta da Garner nel 1983, allo scopo di misurare i tratti patologici e la sintomatologia che caratterizzano i disturbi dell'alimentazione; in questo studio è stata utilizzata la seconda versione del 1991, dal momento che viene comunemente impiegata nella routine clinica come strumento diagnostico. Si tratta di una scala di autovalutazione costituita da 91 item, ognuno dei quali può valutare attitudini, sensazioni o comportamenti che un individuo manifesta, sia in relazione al cibo, sia riguardo alla propria persona. Il compito del partecipante è quello di determinare quanto in generale esperisce o mette in atto le sensazioni e i comportamenti descritti in ogni affermazione, segnando accanto a ciascuna di esse un numero che va da 1, che corrisponde a "sempre", a 6, che equivale a "mai". Il questionario raggruppa un totale di 11 sottoscale, di cui 8 erano già presenti nella prima versione: essi esplorano i diversi domini in cui si manifesta la sintomatologia, ovvero il "desiderio di magrezza", la "bulimia", l'"insoddisfazione corporea", il "senso di incapacità", il "perfezionismo", le "difficoltà interpersonali", la "paura della maturità" e la "consapevolezza interocettiva". Le altre 3 dimensioni che raggruppano i 27 item aggiunti nella seconda versione sono invece rappresentate dall'"ascetismo", dall'"insicurezza sociale" e dalla "regolazione degli impulsi". Sommando le prime tre sottoscale ("impulso alla magrezza", "bulimia" e l'"insoddisfazione corporea") è possibile ottenere la dimensione del "disturbo alimentare globale".
- SCL-90 *Symptom Checklist-90* (Derogatis, 1996): si tratta anche in questo caso di un questionario autosomministrato, che indaga la presenza e la gravità dei disagi che si possono manifestare a livello psicologico nell'ambito di diversi domini, ognuno dei quali raggruppa una sintomatologia simile. Tale scala è costituita da 90

item, a cui il soggetto è invitato a rispondere indicando con quale intensità ha sofferto del disturbo o problema descritto nell'ultima settimana, giorno della valutazione incluso: la risposta può andare da 1, che corrisponde a "per niente", a 5, che significa "moltissimo". I punteggi riportati dal paziente vengono classificati sulla base di 9 sottoscale, che corrispondono ad altrettante dimensioni, ognuna delle quali riflette un simile quadro sintomatologico: la scala della "somatizzazione" si riferisce al disagio fisico esperito dal soggetto, che può manifestare forme di disfunzioni corporee, con sintomi d'ansia somatica, algici, gastrointestinali o respiratori; la dimensione dell'"ansia" comprende episodi di attacchi di panico, di paura o apprensione e sintomi più generici, quali nervosismo e sensazione di tensione; vi è poi la "depressione", che include la sintomatologia del disturbo da cui prende il nome, tra cui perdita di vitalità, di motivazione e di interesse, sentimenti di disperazione e colpa, pensieri suicidari; la scala dell'ossessività compulsività invece, indaga la presenza di impulsi e pensieri ricorrenti e distonici, a cui l'individuo non riesce a sottrarsi e ai quali possono seguire azioni messe in atto in risposta ad essi; l'"ostilità" si riferisce ai pensieri e ai comportamenti che tipicamente si associano alla rabbia e si manifesta attraverso aggressività, irritabilità e collera; l'"ipersensibilità interpersonale" si configura come un disagio nell'interazione sociale, accompagnato da estrema sensibilità, sensazione di inferiorità e inadeguatezza e basse aspettative verso le relazioni interpersonali; la scala dell'"ansia fobica" riguarda le manifestazioni cliniche proprie del disturbo fobico, che consistono in paura persistente per qualcosa di specifico, che può essere un oggetto, un luogo, una persona o una determinata situazione e che si accompagnano a comportamenti di evitamento; l'"ideazione paranoide" è la dimensione che include i deliri, che comportano sentimenti di ostilità e sospettosità nei confronti altrui o di grandiosità verso se stessi; infine la scala dello "psicoticismo" indaga la presenza dei sintomi primari della schizofrenia, quali allucinazioni ed episodi in cui l'individuo perde il controllo sui propri pensieri, inoltre consente la valutazione di una personalità di tipo schizoide.

- DERS *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Sighinolfi, 2010): il questionario self-report valuta gli impedimenti dell'individuo nella regolazione emotiva e consente di individuare la presenza di difficoltà in diversi domini, tra cui: la consapevolezza

delle proprie emozioni, l'accettazione di queste, la capacità di tenere a freno gli impulsi e di agire coerentemente ai propri scopi ed infine l'abilità di servirsi di strategie per la regolazione delle emozioni, che siano adeguate alla situazione e flessibili al cambiamento di questa. Lo strumento presenta in totale 36 item, le cui risposte vengono segnate in una scala Likert a 5 punti: ogni affermazione può essere infatti applicata al soggetto da quasi mai (1) a quasi sempre (5). I diversi pattern di regolazione emotiva che emergono possono essere suddivisi in 6 dimensioni, o sottoscale: la prima consiste nella "non accettazione" che si riferisce alla negazione o al rifiuto del proprio disagio, delle proprie emozioni negative e delle risposte emotive in generale; la seconda, "obiettivi", rappresenta le difficoltà nell'intraprendere comportamenti indirizzati ad uno scopo, che include a propria volta la mancanza di concentrazione e di motivazione nell'esecuzione di un'attività che si può manifestare quando vengono esperite emozioni negative. La terza dimensione è quella dell'"impulsività", che si riferisce alla difficoltà a controllare gli impulsi quando si è colti da un'emozione negativa; la quarta sottoscala è invece rappresentata dalla "mancanza di consapevolezza" delle proprie emozioni: le risposte dei soggetti in questo caso devono essere rigrate durante il calcolo del punteggio, dal momento che gli item riguardano l'abilità dei soggetti a prestare attenzione ai propri stati emotivi, ad identificarli e classificarli correttamente. Vi è poi la dimensione delle "strategie", o quinta sottoscala, che indaga la capacità di acquisire, e all'occorrenza servirsi, di strategie di regolazione delle emozioni; infine la sesta ed ultima è costituita dalla "chiarezza emotiva", dimensione che riflette la possibile carenza di una persona nell'individuare in modo chiaro quale emozione stia sperimentando in quel momento.

- DFLEX Detail and Flexibility Questionnaire (Roberts, 2011): tale questionario self-report è costituito da 24 item, volti ad indagare due dimensioni principali: la prima è la "rigidità cognitiva", che include la mancanza di flessibilità e la difficoltà a passare da un compito ad un altro; la seconda invece è l'"attenzione ai dettagli". Il compito del soggetto è quello di determinare quanto si trova in accordo con l'affermazione riportata, segnando accanto a ciascuna il numero appropriato su una scala Likert a 5 punti: da 1, "fortemente in disaccordo" a 5, "pienamente in accordo".

- MCQ-30 *Short Form of the Metacognitions Questionnaire* (Quattropani, 2014): il questionario, di carattere auto-compilativo, presenta 30 item che indagano le credenze che le persone hanno in merito ai propri pensieri. Il compilante è invitato ad esprimere quanto, in generale, si trova in accordo con ogni affermazione segnando il numero appropriato su una scala Likert a 4 punti, in cui 1 corrisponde a "non sono d'accordo" e 2 equivale a "sono pienamente d'accordo". Le sottoscale sono in totale 5: la prima è costituita dalle "meta-credenze positive riguardo al rimuginio", che includono la convinzione che rimuginare aiuti ad evitare problemi, a trovare soluzioni ad essi e a trarre maggiori profitti; le "meta-credenze negative riguardo al rimuginio" rappresentano invece la seconda sottoscala, con item che indagano l'incontrollabilità delle preoccupazioni e quanto preoccuparsi sia ritenuto dannoso. Vi è poi la dimensione della "fiducia nelle proprie capacità cognitive", che riflette il livello di autostima metacognitiva e che presenta item che misurano quanto un individuo ritiene di avere una buona memoria. La quarta sottoscala, il "bisogno di controllare i propri pensieri", indaga se il rispondente ritiene che la mancanza di controllo cognitivo sia un segno di debolezza che può portare a punizioni o conseguenze negative; infine, la quinta e ultima dimensione, ovvero l'"autoconsapevolezza cognitiva", riflette il grado in cui il soggetto presta attenzione ed attribuisce importanza al modo in cui la sua mente funziona.
- COPE-NVI *Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana* (Sica, 2008): si tratta anche in questo caso di un questionario auto-somministrato, volto ad indagare come le persone reagiscono quando si trovano ad attraversare momenti della vita difficili o stressanti. Al compilante viene chiesto di indicare quali comportamenti mette generalmente in atto e a cosa solitamente pensa in tali situazioni, segnando accanto a ogni affermazione il numero sulla scala Likert che meglio descrive il suo comportamento abituale. La risposta può andare da 1, ovvero "di solito non lo faccio" a 4, corrispondente a "lo faccio quasi sempre". Gli item, che sono in totale 60, possono essere raggruppati in 5 sottoscale, che riflettono altrettante strategie di coping: vi è quella dell'"evitamento", che presenta strategie quali distacco mentale e comportamentale, negazione e abuso di sostanze; la seconda, ovvero il "sostegno sociale", include lo sfogo emotivo e le strategie che mirano alla ricerca di comprensione e di informazioni per risolvere i

problemi; l'"attitudine positiva", comprensiva di metodi quali il contenimento del problema, l'accettazione di esso e la reinterpretazione positiva; vi è poi la dimensione costituita dall'"orientamento al problema", che comporta l'uso di strategie attive e si basa sulla pianificazione, al fine della risoluzione strategica della fonte di stress; infine l'"orientamento trascendente", che si manifesta attraverso la pratica religiosa o l'utilizzo del senso dell'ironia e dell'umorismo.

- PSWQ *Penn State Worry Questionnaire* (Morani, 1999): lo strumento, frequentemente utilizzato nell'ambito della ricerca sui disturbi d'ansia, prende in esame il costrutto del "worry" che ingloba i concetti di preoccupazione e rimuginio. Tale questionario self-report presenta in totale 16 item, che indagano la presenza e la persistenza delle preoccupazioni, oltre che la loro controllabilità; la risposta viene attribuita segnando il numero che meglio descrive la tipicità di ciascuna affermazione, attraverso una scala Likert a 5 punti, in cui 1 corrisponde a "per niente tipico" e 5 a "molto tipico".
- PSS *Perceived Stress Scale* (Cohen, 1983): il questionario consente di ottenere una misura globale dello stress percepito attraverso 10 item, che riguardano pensieri e sentimenti che il rispondente ha manifestato nel corso dell'ultimo mese. La risposta viene segnata su una scala Likert a 5 punti che riflette la frequenza con cui il soggetto si è sentito in un certo modo o ha avuto pensieri stressanti, da 0, che corrisponde a "mai", a 4, ovvero "molto spesso". Il punteggio ottenuto rispecchia una misura puramente temporanea: i livelli di stress sono infatti normalmente influenzati dagli accadimenti principali e dalle difficoltà che in quel momento si stanno vivendo e sono soggetti a continuo mutamento grazie alle risorse adattive dell'individuo, motivo per cui la validità dello strumento sembra destinata a decadere in modo rapido dopo un mese o due dal momento della compilazione.

ANALISI DEI DATI

Dopo aver riportato descrittivamente e in modo separato per il gruppo clinico e di controllo le variabili di tipo puramente socio-demografico, si è passati alla descrizione, sempre per entrambi i gruppi, della sintomatologia associata ai disturbi alimentari (Desiderio di Magrezza, Bulimia, Insoddisfazione Corporea, Consapevolezza Interocettiva,

Senso di Incapacità, Paura della Maturità, Perfezionismo, Difficoltà Interpersonali, Ascetismo, Impulsività, Insicurezza Sociale e Disturbo Alimentare Globale) e dei disagi e sintomi associati alle psicopatologie in generale. Allo stesso modo sono poi stati descritte le principali variabili indipendenti, ovvero le varie strategie di coping (Sostegno Sociale, Evitamento, Attitudine Positiva, Orientamento al Problema e Orientamento Trascendente) e le metacognizioni (Credenze Positive sul Rimuginio, Credenze Negative sul Rimuginio, Fiducia Meta-cognitiva, Bisogno di Controllo e Autoconsapevolezza Cognitiva). Infine, la descrizione si è ampliata ai costrutti di Stress Percepito, Rimuginio, Disregolazione Emotiva e Rigidità Cognitiva.

In seguito, per ciascuna variabile sopra riportata, è stato effettuato un confronto tra i due gruppi attraverso il test non parametrico di Mann-Whitney, che ha consentito di appurare se esistesse o meno una differenza significativa tra soggetti clinici e non.

Sono state poi effettuate le correlazioni di Spearman tra le principali variabili relative alla sintomatologia alimentare (Desiderio di Magrezza, Bulimia, Insoddisfazione Corporea e Disturbo Alimentare Globale), i Sintomi Psicopatologici Generali, il Rimuginio, lo Stress Percepito e le restanti variabili di tipo cognitivo, metacognitivo ed affettivo (le varie strategie di coping, le diverse metacognizioni e le misure globali di Disregolazione Emotiva e Rigidità Cognitiva).

Sulla base degli esiti di tali correlazioni, sono state infine effettuate 4 regressioni lineari per ciascun gruppo, utilizzando in tre casi come variabile dipendente i tre costrutti relativi alla psicopatologia: il Disturbo Alimentare Globale, l'Indice Generale di Psicopatologia ed il Rimuginio, mentre nel restante caso è stata scelta una variabile dipendente legata alla percezione del livello di stress. Sono stati inseriti come predittori le variabili che nelle correlazioni di Spearman sono risultate maggiormente correlate alla sintomatologia nel gruppo di pazienti.

RISULTATI

Caratteristiche socio-demografiche del campione

Come detto in precedenza, il campione è costituito da due gruppi: quello di pazienti e quello di controllo. Per quanto riguarda il titolo di studio, all'interno del gruppo clinico il 7.7% dei pazienti possiede una licenza di scuola elementare, il 38.5% di scuola media ed il

53.8% ha il diploma di scuola superiore; nessuna di esse ha conseguito la laurea. Invece tra i controlli sani nessuno di essi è in solo possesso di licenza elementare: il 21.4% è in possesso della licenza di scuola media, il 50% ha terminato le scuole superiori ed il 28.6% è laureato; nessuno ha un dottorato o una specializzazione post-laurea.

Per quanto riguarda lo stato civile, il gruppo di pazienti è costituito al 76.9% da nubili, al 15.4% da coniugate e al 7.7% da separate e non vi sono conviventi, divorziate o vedove; nel gruppo di controllo le nubili costituiscono il 92.2% e le coniugate il 7.1%; nessuna di esse è convivente, divorziata, separata o vedova.

L'osservazione della condizione lavorativa attuale mette in luce una situazione più variegata nel gruppo di pazienti: al 69.2% si tratta di studentesse, al 7.7% di imprenditrici, al 7.7% di disoccupate; tra di esse non vi sono operaie, impiegate, commercianti, libere professioniste, casalinghe o pensionate, mentre il 15.4% ha un altro tipo di occupazione non altrimenti specificata. I controlli sono invece al 92.9% studenti e al 7.1% operai.

Per quanto riguarda infine l'attività fisica, il 61.5% delle pazienti pratica sport regolarmente, mentre nel gruppo di controllo la percentuale di sportive è pari a 69.2%.

Statistiche descrittive dei campioni

Tabella 4.1. Descrizione delle variabili nei due gruppi e confronto tra questi attraverso il test non parametrico di Mann-Whitney.

	CONTROLLI	PAZIENTI	Test Mann-Whitney
	Media (Dev.St.)	Media (Dev.St.)	
età	23.00 ± 3.57	24.86 ± 10.92	85
BMI	20.96 ± 1.32	18.70 ± 6.10	53*
Desiderio di Magrezza (EDI)	4.79 ± 4.15	12.36 ± 7.12	39.5**
Bulimia (EDI)	1.29 ± 1.59	5.50 ± 5.11	52.5*
Insoddisfazione Corporea (EDI)	8.71 ± 6.96	15.71 ± 7.52	49.5*
Consapevolezza Interocettiva (EDI)	3.93 ± 5.20	11.29 ± 7.06	31.5***
Senso di Incapacità (EDI)	4.57 ± 4.50	11.64 ± 9.05	51*

Paura della Maturità (EDI)	5.14 ± 3.35	7.50 ± 4.20	91.5+
Perfezionismo (EDI)	3.71 ± 3.38	5.14 ± 4.31	78.5
Difficoltà Interpersonali (EDI)	3.93 ± 5.33	7.36 ± 5.68	55.5*
Ascetismo (EDI)	2.86 ± 2.41	5.79 ± 3.62	49.5*
Impulsività (EDI)	3.50 ± 3.23	6.21 ± 6.19	84
Insicurezza Sociale (EDI)	5.57 ± 3.67	8.64 ± 6.33	74
Disturbo Alimentare Globale (EDI)	14.79 ± 10.61	33.57 ± 16.78	37.5**
Sintomi Psicopatol. Generali (SCL)	1.99 ± 0.55	2.60 ± 0.78	47*
Stress Percepito (PSS)	23.07 ± 7.18	26.43 ± 7.35	70
Rimuginio (PSWQ)	51.29 ± 13.26	61.71 ± 12.66	54*
Sostegno Sociale (COPE)	35.93 ± 8.05	30.71 ± 6.93	60
Evitamento (COPE)	24.00 ± 5.38	27.93 ± 7.59	67.5
Attitudine Positiva (COPE)	32.93 ± 3.08	25.86 ± 4.07	14.5***
Orientamento al Problema (COPE)	30.57 ± 5.52	25.71 ± 7.32	57
Orientamento Trascendente (COPE)	17.93 ± 2.02	20.07 ± 5.38	60
Disregolazione emotiva (DERS)	80.93 ± 22.74	97.71 ± 22.03	60+
Rigidità Cognitiva (DFLEX)	80.57 ± 13.79	91.64 ± 23.22	64.5
Credenze Pos. sul Rimuginio (MCQ)	12.21 ± 3.87	13.21 ± 3.98	85.5
Credenze Neg. sul Rimuginio (MCQ)	15.86 ± 4.17	17.71 ± 4.12	73.5
Fiducia Meta-cognitiva (MCQ)	11.14 ± 2.98	14.71 ± 6.80	71
Bisogno di Controllo (MCQ)	10.57 ± 2.50	14.64 ± 3.82	35.5**
Autoconsapevolezza Cognitiva (MCQ)	14.71 ± 2.43	16.50 ± 3.96	64

Note: BMI: Indice di Massa Corporea; EDI: Eating Disorder Inventory; Psicopatol.: psicopatologici; SCL: Symptom Checklist; PSS: Perceived Stress Scale; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; COPE: Coping Orientation to Problems Experienced; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; DFLEX: Detail and Flexibility Questionnaire; MCQ: Metacognitions Questionnaire; Pos.: positive; Neg: negative.

Significatività esatta (2 code): *p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001, significatività esatta (1 coda):+p≤.05.

Come si evince dalla tabella 4.1, e come atteso, i due gruppi non differiscono per età, ma si differenziano per l'indice di massa corporea (BMI), che risulta essere significativamente inferiore nelle pazienti, come evidenziato dal colore azzurro; inoltre, coerentemente alle aspettative, essi differiscono per la maggior parte delle variabili legate all'EDI, quindi per la sintomatologia tipica del disturbo alimentare: in particolare, punteggi significativamente diversi si riscontrano nel Desiderio di Magrezza, nella Bulimia, nell'Insoddisfazione Corporea, nella Consapevolezza Interocettiva, nel Senso di Incapacità, nelle Difficoltà Interpersonali, nell'Ascetismo e nel Disturbo Alimentare Globale; tutti questi indici risultano avere un'intensità maggiore nel gruppo di pazienti, soprattutto per quanto riguarda il Desiderio di Magrezza, la Consapevolezza Interocettiva ed il Disturbo Alimentare Globale ($p \leq .01$). La Paura della Maturità invece, come evidenziato in tabella 4.1 dal colore grigio, risulta significativamente più elevata nei pazienti solo nell'analisi a una coda ($p \leq .05$), mentre per quanto riguarda il Perfezionismo, l'Impulsività e l'Insicurezza Sociale non emergono differenze sostanziali tra i due gruppi.

I pazienti presentano inoltre punteggi significativamente più alti dei soggetti sani nell' SCL, ovvero nella sintomatologia psicopatologica generale e nel Rimuginio (PSWQ), ma non nei livelli di Stress Percepito (PSS), che risultano invece simili nei i due gruppi.

Per quanto riguarda il coping, si riscontra una differenza significativa nella sottoscala dell'Attitudine Positiva, che presenta punteggi inferiori per i pazienti rispetto ai controlli ($p \leq .001$), mentre le differenze nelle altre strategie di coping, ovvero Sostegno Sociale, Evitamento, Orientamento al Problema e Orientamento Trascendente non risultano significative.

La sottoscala della metacognizione in cui emergono differenze sostanziali tra i due gruppi è quella del Bisogno di Controllo ($p \leq .01$), i cui livelli risultano maggiori nei pazienti rispetto ai soggetti sani, mentre per quanto riguarda le altre dimensioni, costituite dalle Credenze Positive sul Rimuginio, dalle Credenze Negative sul Rimuginio, dalla Fiducia Metacognitiva e dall'Autoconsapevolezza Cognitiva, non vi sono differenze significative.

Infine vi è una differenza nei punteggi a una coda di disregolazione emotiva totale (DERS), che risulta superiore nel gruppo dei pazienti rispetto che in quello di controllo.

Correlazioni di Spearman tra le variabili indagate

Tabella 4.2. Correlazioni di Spearman tra le variabili sintomatologiche e quelle cognitive, metacognitive e affettive nei due gruppi.

		Desiderio di Maggrezza (EDI)	Bulimia (EDI)	Insoddis. Corporea (EDI)	Disturbo Aliment. Globale (EDI)	Sintomi Psicopat. Generali (SCL)	Rimuginio (PSWQ)	Stress Percepito (PSS)
Sostegno Sociale (COPE)	C	,866**	.173	,770**	,830**	.099	.231	-.095
	P	.493	.022	.178	.242	-.042	.388	.247
Evitamento (COPE)	C	-.138	.010	.026	-.062	.207	.279	.365
	P	.522	.472	.518	.481	,636*	.350	,672**
Attitudine Positiva (COPE)	C	.018	.012	-.255	-.107	-.078	-.230	-.027
	P	-.313	-.193	-.226	-.228	-,577*	-.334	-.512
Orientamento al Problema (COPE)	C	.097	.149	-.165	-.011	-.082	-.242	-.147
	P	-.125	-.273	-.137	-.167	-.248	.175	-.221
Orientamento Trascendente (COPE)	C	.517	-.227	,597*	,582*	-.224	-.140	-.076
	P	-.129	-.175	.001	-.033	.053	.174	.214
Disregolaz. Emotiva (DERS)	C	-.163	.187	-.128	-.075	,565*	.378	,626*
	P	.461	.378	,624*	.522	,909**	,581*	,857**
Rigidità Cognitiva (DFLEX)	C	.012	.231	.102	.060	.402	,691**	.284
	P	,552*	.265	,620*	,570*	,840**	,835**	,771**
Credenze Pos. sul Rimuginio (MCQ)	C	.141	.419	-.033	.078	.134	.183	.052
	P	.143	-.153	.091	.110	-.003	.349	.134
Credenze Neg. sul Rimuginio (MCQ)	C	,546*	,632*	.275	.434	.466	,772**	.530
	P	.492	.142	,567*	.498	,662**	,848**	,934**

Fiducia Meta-cogn. (MCQ)	C	-.104	.157	.069	-.024	.180	.009	.001
	P	,706**	,789**	,592*	,870**	.404	.420	.356
Bisogno di Controllo (MCQ)	C	.347	.242	.135	.251	.458	,769**	,587*
	P	.199	-.177	.395	.231	,666**	,755**	,778**
Autoconsap. Cognitiva (MCQ)	C	,599*	,546*	.256	.441	.521	.387	.378
	P	.153	-.045	.410	.254	.177	,544*	.104

Note: EDI: Eating Disorder Inventory; Psicopatol.: psicopatologici; SCL: Symptom Checklist; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; PSS: Perceived Stress Scale; COPE: Coping Orientation to Problems Experienced; Disregolaz.: disregolazione; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; DFLEX: Detail and Flexibility Questionnaire; MCQ: Metacognitions Questionnaire; Pos.: positive; Neg: negative; Meta-cogn.: meta-cognitiva; Autoconsap.: autoconsapevolezza.

Significatività: *p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001

Nella tabella 4.2 le celle verdi mostrano le variabili significativamente correlate ai sintomi nelle sane e non nelle pazienti, quelle rosa invece evidenziano la presenza di sintomatologia nelle pazienti ma non nelle sane; quelle grigie infine indicano la presenza di valori significativi per entrambi i gruppi.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo è visibile che la dimensione del Disturbo Alimentare Globale (EDI), o per meglio dire il rischio di tale disturbo, che include la Bulimia, il Desiderio di Magrezza e l'Insoddisfazione Corporea, è predetto da due strategie di coping: il Sostegno Sociale e l'Orientamento Trascendente.

Contrariamente a ciò che si verifica per i sani, nei pazienti nessuna strategia di coping è predittiva dei sintomi alimentari (EDI); al contrario nel gruppo clinico il Disturbo Alimentare Globale è predetto dalla rigidità cognitiva (DFLEX), inoltre giocano un ruolo anche le metacognizioni (MCQ): in particolare la sottoscala della Fiducia Cognitiva, che presenta item che indicano una scarsa fiducia nei propri pensieri, risulta un predittore della sintomatologia alimentare.

Bassi livelli di fiducia cognitiva nei pazienti sono quindi correlati al Disturbo Alimentare Globale, ma non solo: tale dimensione correla anche con altri sintomi dell' EDI: Bulimia,

Desiderio di Magrezza, ma anche con i sintomi non alimentari, ovvero con il Rimuginio (PSWQ), con lo Stress Percepito (PSS) e con la Psicopatologia Generale (SCL); ciò non si verifica nel gruppo di controllo.

Nonostante le ipotesi iniziali, non emerge una correlazione tra il Disturbo Alimentare Globale e la Disregolazione delle Emozioni (DERS), che invece risulta più correlata ai sintomi non alimentari, come quelli Psicopatologici Generali (SCL), al Rimuginio (PSWQ) e allo Stress Percepito (PSS), sia in pazienti che in sani.

Inoltre per quanto riguarda le Metacognizioni (MCQ), esse sembrano essere correlate (ad esclusioni delle Credenze Positive sul Rimuginio), oltre che ai sintomi dell'EDI, anche, e talvolta soprattutto (Bisogno di Controllo), alle variabili non alimentari; salienza maggiore assume la sottoscala della Fiducia Meta-cognitiva, che può essere considerata un predittore di tutte le dimensioni patologiche, del Rimuginio e dello Stress Percepito, ma solo per il gruppo di pazienti.

Infine, anche la Rigidità Cognitiva (DFLEX) risulta correlata nei pazienti ad entrambi gli aspetti patologici: quelli alimentari e quelli generali (EDI, SCL, PSWQ, PSS).

Regressioni Lineari

Figura 4.3. Sommario della regressione lineare.

VD: Disturbo Alimentare Globale (EDI);

Predittori: Rigidità Cognitiva (DFLEX), Fiducia Meta-cognitiva (MCQ).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,858 ^a	.735	.687	9.38081	.735	15.292	2	11	.001

ANOVA^{b,c}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2691.434	2	1345.717	15.292	,001 ^a
	Residual	967.995	11	88.000		
	Total	3659.429	13			

+

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	-7.462	10.593		-.704	.496
dflexTOT	.174	.140	.241	1.240	.241
mcqFidCogn	1.704	.480	.691	3.554	.005

Nel primo modello la variabile dipendente è il Disturbo Alimentare Globale (EDI) e sono stati inseriti come predittori la Rigidità Cognitiva (DFLEX) e la Fiducia Meta-cognitiva (MCQ). Tramite regressione lineare è possibile vedere se la scala dell'EDI è predetta dalla Rigidità Cognitiva al netto della Fiducia Meta-cognitiva e viceversa, osservando quindi l'impatto unico di ciascuna variabile.

Come è visibile dalle tabelle riportate in figura 4.3, risultati della regressione effettuata (R^2 corretto=.69, $F(2,13)=15.29$, $p=.001$) evidenziano che solo per il gruppo delle pazienti il Disturbo Alimentare Globale aumenta significativamente al diminuire della Fiducia nelle proprie capacità cognitive. Nel gruppo di controllo lo stesso modello di regressione non evidenzia invece risultati significativi (R^2 corretto=-.127, $F(2,13)=.27$, $p=n.s.$).

Di conseguenza nelle pazienti una scarsa fiducia cognitiva predice la gravità della sintomatologia alimentare, al netto della Rigidità Cognitiva.

Figura 4.4. Sommario della regressione lineare.

VD: Sintomi Psicopatologici Generali (SCL);

Predittori: Rigidità Cognitiva (DFLEX), Fiducia Meta-cognitiva (MCQ).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.883 ^a	.779	.739	.39803	.779	19,368	2	11	.000

ANOVA^{b,c}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,137	2	3,068	19,368	.000 ^a
	Residual	1,743	11	.158		
	Total	7,880	13			

Coefficients^{a,b}

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,111	,449		-,248	,809
	dflexTOT	,030	,006	,898	5,055	,000
	mcqFidCogn	-,003	,020	-,026	-,148	,885

Nel secondo modello, rappresentato dalla figura 4.4, la variabile dipendente è costituita dalla Sintomatologia Psicopatologica Generale (SCL), mentre i predittori sono gli stessi del modello precedente. I risultati della regressione (R^2 corretto=.74, $F(2,13)=19.37$, $p=.001$) mostrano che, in modo analogo a ciò che accade con la sintomatologia specificatamente alimentare (EDI), anche per quella generale si osserva una correlazione con la Rigidità Cognitiva (DFLEX) solo nel gruppo clinico, mentre non emergono tali effetti nel gruppo di controllo (R^2 corretto=.03, $F(2,13)=1.18$, $p=n.s.$). Nelle pazienti quindi, all'aumentare della Rigidità Cognitiva, aumentano i sintomi psicopatologici.

Figura 4.5. Sommario della regressione lineare per il gruppo clinico.

VD: Rimuginio (PSWQ);

Predittori: Rigidità Cognitiva (DFLEX), Fiducia Meta-cognitiva (MCQ).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,872 ^a	,761	,718	6,72905	,761	17,522	2	11	,000

ANOVA^{b,c}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1586,776	2	793,388	17,522	,000 ^a
	Residual	498,081	11	45,280		
	Total	2084,857	13			

Coefficients^{a,b}

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		

1	(Constant)	18,323	7,599		2,411	,035
	dflexTOT	,534	,101	,980	5,306	,000
	mcqFidCogn	-,379	,344	-,204	-1,103	,294

Figura 4.6. Sommario della regressione lineare per il gruppo di controllo.

VD: Rimuginio (PSWQ);

Predittori: Rigidità Cognitiva (DFLEX), Fiducia Meta-cognitiva (MCQ).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,726 ^a	,527	,441	9,92009	,527	6,119	2	11	,016

ANOVA^{b,c}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1204,367	2	602,184	6,119	,016 ^a
	Residual	1082,490	11	98,408		
	Total	2286,857	13			

Coefficients^{a,b}

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,631	17,292		,152	,882
	dflexTOT	,730	,209	,759	3,497	,005
	mcqFidCogn	-,915	,965	-,206	-,948	,364

Nel terzo modello (figure 4.5 e 4.6) i predittori sono rimasti invariati ed è invece stata scelta come variabile dipendente il Rimuginio (PSWQ). In questo caso in entrambi i gruppi si osserva un effetto significativo della Rigidità Cognitiva (DFLEX), sebbene nel gruppo di pazienti la varianza spiegata sia molto più alta, come mostra la figura 4.5 (R^2 corretto=.72, $F(2,13)=17.52$, $p<.001$), rispetto al gruppo di controllo, come evidenziato nella figura 4.6 (R^2 corretto=.44, $F(2,13)=6.12$, $p=.02$). Di conseguenza, sia nei pazienti che nei sani, la Rigidità Cognitiva risulta essere un predittore del Rimuginio.

Figura 4.7. Sommario della regressione lineare.

VD: Stress Percepito (PSS);

Predittori: Rigidità Cognitiva (DFLEX), Fiducia Meta-cognitiva (MCQ).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,769 ^a	,591	,516	5,10875	,591	7,938	2	11	,007

ANOVA^{b,c}

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	414,336	2	207,168	7,938	,007 ^a
	Residual	287,092	11	26,099		
	Total	701,429	13			

Coefficients^{a,b}

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,140	5,769		,718	,488
	dflexTOT	,244	,076	,771	3,191	,009
	mcqFidCogn	-,005	,261	-,005	-,019	,985

Nel quarto ed ultimo modello la variabile dipendente è costituita dallo Stress Percepito (PSS), le variabili indipendenti sono le stesse delle regressioni precedenti. Come visibile nella figura 4.7, si osserva un effetto significativo della Rigidità Cognitiva (DFLEX) solo per il gruppo di pazienti ($R^2_{\text{corretto}}=.52$, $F(2,13)=7.94$, $p=.007$) e non per quanto riguarda il gruppo di controllo ($R^2_{\text{corretto}}=.03$, $F(2,13)=1.18$, $p=n.s.$): anche in questo caso quindi, lo Stress Percepito aumenta all'aumentare della Rigidità Cognitiva nei pazienti, e ciò non sembra verificarsi nei sani.

DISCUSSIONE

Come atteso, le pazienti presentano una sintomatologia più pronunciata rispetto ai sani in tutti quegli aspetti che riguardano direttamente i sintomi tipici di chi soffre di un disturbo del comportamento alimentare, tra cui il desiderio di magrezza, i sintomi

bulimici, l'insoddisfazione verso la propria forma fisica, la consapevolezza interocettiva, il sentirsi incapaci, la paura della maturità, le difficoltà nelle relazioni sociali, l'ascetismo e, naturalmente, nella misura globale di tale disturbo, che trova espressione nella preoccupazione generale per cibo e peso corporeo. Ciò è coerente con la definizione del disturbo alimentare (Manara, 2016) e con i criteri diagnostici proposti nel DSM-V.

I pazienti presentano inoltre punteggi più alti dei controlli nella sintomatologia psicopatologica generale, in accordo con il fatto che il disturbo alimentare si trova spesso in comorbidità con altre psicopatologie, quali disturbi d'ansia, dell'umore, di personalità.

Le correlazioni di Spearman mettono in luce che, per quanto riguarda le sane, vi è un legame tra il rischio di disturbo alimentare e strategie di coping, in particolare quelle legate alla ricerca di supporto sociale e all'orientamento trascendente; tuttavia nel caso delle pazienti, contrariamente all'ipotesi formulata, non si osserva una specifica strategia di coping maggiormente associata alla sintomatologia. Al contrario, nel gruppo oggetto della ricerca, il disturbo alimentare in generale è predetto in misura maggiore dalla rigidità cognitiva e dalle metacognizioni disfunzionali.

Di fatto, i due costrutti di rigidità cognitiva e metacognizioni risultano correlate ai sintomi psicopatologici non alimentari sia nei pazienti sia nei sani; la differenza tra i due gruppi sta nella sintomatologia più strettamente connessa alla patologia alimentare: nei controlli infatti questa è associata alle strategie di coping, mentre nei pazienti non è correlata né a strategie di coping né a disregolazione delle emozioni; nel loro caso la preoccupazione per cibo e forma corporea è piuttosto associabile all'aspetto più cognitivo nonché meta-cognitivo. Questi risultati trovano riscontro nelle ricerche precedenti che hanno messo in luce come, sia i pazienti con anoressia nervosa che quelli bulimici, presentino pensieri più incentrati sulla negatività, oltre che contenuti metacognitivi disadattivi più severi rispetto ai sani (Sassaroli, 2007).

La scala meta-cognitiva assume quindi un ruolo importante: le metacognizioni disfunzionali sono infatti legate ad un aumento dei sintomi non solo del disturbo in cui le pazienti sono inquadrare, ma anche delle altre psicopatologie che potrebbero trovarsi in comorbidità, ed è inoltre correlata allo stress percepito. Tra i diversi contenuti metacognitivi che possono essere indici della gravità dei sintomi, il più saliente risulta essere la mancanza di fiducia nelle proprie cognizioni: questo risultato corrobora con ciò che si è riscontrato in precedenza sulle pazienti con anoressia nervosa: esse, rispetto ai

controlli, mostrano livelli inferiori fiducia nel loro funzionamento mentale, cosa che le porta ad essere maggiormente consapevoli, e preoccupate, dei propri pensieri intrusivi (Davenport, 2015). Questo fatto a propria volta giustifica la relazione di questa sottoscala metacognitiva con il rimuginio, dimensione patologica caratterizzata da una modalità di pensiero focalizzata su previsioni ansiogene, che si riscontra in pazienti sia anoressiche che bulimiche (Sassaroli, 2007); il continuo rimuginio su peso e forma fisica sembra quindi supportato da credenze e valutazioni negative di tipo metacognitivo.

Inoltre, sul disturbo alimentare non emerge un contributo significativo della componente emotivo-affettiva: la disregolazione delle emozioni infatti risulta più correlata ai sintomi di psicopatologia non alimentari ed al rimuginio, sia in pazienti che in soggetti sani. Ciò è coerente con gli studi che hanno trovato una relazione tra le strategie di regolazione emotiva ed i sintomi di 4 patologie: ansia, depressione, disturbi alimentari e relati a sostanze; in particolare è emerso il ruolo predominante della ruminazione, considerata come strategia di regolazione emozionale, che risulta correlata a tutte le dimensioni patologiche citate (Aldao, 2010).

Le regressioni hanno permesso di ricalcare tali risultati e di giungere a constatazioni simili: i sintomi tipici dei disturbi alimentari sono supportati prevalentemente da credenze cognitive e meta-cognitive disfunzionali, coerentemente con il fatto, precedentemente riscontrato, che le pazienti tendono ad aderire a contenuti metacognitivi disadattivi; mentre gli altri sintomi patologici ed il rimuginio sono maggiormente supportati da rigidità cognitiva e da attenzione ai dettagli, che si manifesta con inflessibilità rispetto al cambiamento. Questa ultima constatazione trova riscontro negli studi presenti in letteratura che hanno evidenziato una mancanza di flessibilità mentale anche in pazienti con altre diagnosi al di là dell' anoressia nervosa; in particolare scarsa flessibilità in compiti cognitivi risulta correlata alla sintomatologia del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) (Sternheim, 2014).

CONCLUSIONI

Il contributo di questo lavoro è consiste nell' aver posto l'attenzione su alcuni aspetti dei disturbi alimentari ancora parzialmente oscuri, di natura cognitiva e meta-cognitiva, cercando di chiarire meglio il loro contributo all'interno della sintomatologia, sia

strettamente connessa al disturbo alimentare, sia quella psicopatologica in generale; l'aver indagato il ruolo di metacognizioni, strategie di coping, disregolazione emotiva e rigidità cognitiva ha permesso di ottenere un quadro più completo del disturbo alimentare, anche in relazione agli altri sintomi associati, al rimuginio e allo stress percepito, aspetti che non erano ancora stati affrontati simultaneamente in letteratura.

Ciò che è stato riscontrato è un contributo significativo delle variabili cognitive e meta-cognitive, più che di quelle affettive, sulla preoccupazione generale per il peso e la forma fisica manifestata dalle pazienti. Tale risultato ha delle ricadute sul piano clinico: per curare i disturbi alimentari sembra opportuno agire sulle caratteristiche metacognitive, focalizzandosi in particolare sull'aspetto della fiducia cognitiva, dal momento che le pazienti presentano bassi livelli di autostima nei confronti dei propri pensieri e cognizioni. Esse infatti mostrano una scarsa fiducia nelle proprie capacità mnestiche generali e nella capacità a ricordare luoghi, parole, nomi o fatti; inoltre hanno la convinzione che la loro memoria li tragga spesso in inganno.

Inoltre, il fatto che le metacognizioni assumano un ruolo chiave non solo nell'ambito della sintomatologia strettamente legata ai disturbi alimentari ma anche nella psicopatologia in generale, nella percezione dello stress, e nel rimuginio mette ancor più in evidenza l'importanza di lavorare per correggere le metacognizioni negative: agire su tali credenze, anche in un'ottica preventiva, potrebbe ridurre il rischio di sviluppare una sintomatologia sottosoglia o di esacerbare il disturbo già presente.

Di conseguenza sembra opportuno focalizzarsi ancor di più che sui contenuti disfunzionali, sui processi che sottostanno ad essi: a tale scopo una proposta è quella di indirizzarsi verso la terapia metacognitiva (MCT), sviluppata di recente ma già utilizzata per il trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi, trasponendola anche nell'ambito del disturbo alimentare. Il punto di forza di tale psicoterapia consiste nell'agire direttamente sui pensieri ripetitivi negativi, e quindi sulla dimensione del rimuginio (Wells, 2010), che risulta correlata sia ai sintomi alimentari sia a metacognizioni di tipo disfunzionale, come la sfiducia cognitiva.

Tuttavia, per dare maggior valore ai risultati riscontrati e alle conclusioni tratte da questi, sono necessari ulteriori studi che si avvalgano di un approccio meta-cognitivo per la ricerca nell'ambito dei disturbi alimentari; in primo luogo servendosi di un campione più consistente, inoltre suddividendo le pazienti nelle corrispettive classificazioni cliniche

all'interno delle quali sono diagnosticate, in modo da individuare meglio le diverse variabili salienti nei sottotipi di anoressia e bulimia nervosa.