

## CONTENUTI METACOGNITIVI DEI DISTURBI ALIMENTARI E INTERAZIONE CON IL PERFEZIONISMO, LA BASSA AUTOSTIMA E IL RIMUGINIO

Sandra Sassaroli\*, Sara Bertelli#, Luca Boccalari#, Enrico Sangiorgi\*, Matteo Giovini\*, Carmelo Lamela+, Daniela Rebecchi\*, Silvio Scarone#, Piergiuseppe Vinai\*, Giovanni Maria Ruggiero\*°

\* Studi Cognitivi, Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva, Milano, Modena e San Benedetto del Tronto

# Unità Disturbi Alimentari, Ospedale San Paolo, Milano

+ Scuola Cognitiva Firenze, Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva

° Psicoterapia Cognitiva e Ricerca, Scuola di specializ.in psicoterapia cognitiva, Milano

### Riassunto

Il perfezionismo e la bassa autostima sono le più importanti credenze cognitive disadattive nei disturbi alimentari. Anche il rimuginio è un processo cognitivo presente nei disturbi alimentari. A loro volta le credenze e i processi cognitivi potrebbero essere mantenuti da credenze metacognitive. Lo studio intende esplorare l'interazione tra queste variabili. 48 pazienti bulimici, 36 pazienti anoressici e 38 volontari non-clinici sono stati valutati usando 4 scale: la Multidimensional Perfectionism Scale, la Rosenberg Self-Esteem Scale, il Penn State Worry Questionnaire e il Metacognition Questionnaire. Perfezionismo, rimuginio e alcuni contenuti meta-cognitivi sono presenti a livelli più elevati nei soggetti con disturbi alimentari che nel gruppo di controllo, mentre l'autostima era più bassa nei soggetti con disturbi alimentari che nei soggetti di controllo. Inoltre, il rimuginio modera l'impatto del perfezionismo e dell'autostima nei disturbi alimentari. D'altra parte i contenuti meta-cognitivi non sembrano giocare un ruolo come fattore predittivo per i disturbi alimentari.

**Parole-chiave:** *anoressia, bulimia, meta-cognizione, perfezionismo, autostima, rimuginio*

## METACOGNITIVE CONTENT IN EATING DISORDERS AND INTERACTION WITH PERFECTIONISM, LOW SELF-ESTEEM AND WORRY

### Abstract

Perfectionism and low self-esteem are the most important non-adaptive cognitive beliefs in eating disorders. Worry is an additional cognitive underlying process. In addition, metacognitive beliefs could contribute to maintain these cognitive factors and processes. The study aimed to explore the interaction between these factors. Forty-eight bulimic patients and 36 anorexic patients, as well as 38 nonclinical volunteers, completed 4 measures: the Multidimensional Perfectionism Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Penn State Worry Questionnaire, and the Metacognition Questionnaire. Perfectionism, worry and some metacognitive variables were higher in the individuals with eating disorders than in normal controls, while self-esteem was lower in the individuals with eating disorders than in normal controls. In addition, worry moderates the impact of perfectionism and self-esteem on eating disorders. On the other hand, metacognitive beliefs apparently played no role as predictive factors of eating disorders.

**Key-words:** *anorexia, bulimia, metacognitive belief, perfectionism, self-esteem, worry*

Nella letteratura scientifica cognitiva, perfezionismo e bassa autostima sono generalmente considerati come le più importanti credenze disadattive nei disturbi alimentari (DCA). Vari studi hanno descritto il perfezionismo come uno stile di personalità associato ai DCA (Bauer e Anderson 1989; Bruch 1973; Bulik et al. 2003; Casper 1983; Fairburn 1981; Halmi et al. 1977; Halmi et al 2000) e ai sintomi dei DCA, come la dieta, la preoccupazione per il peso e la forma corporea e la tendenza alla magrezza (Bastioni et al. 1995; Davis 1997; Hewitt et al. 1995; Joiner et al. 1997; McLaren et al. 2001).

Il perfezionismo è generalmente visto come un concetto multidimensionale. Durante l'ultima decina di anni, molti ricercatori hanno utilizzato o la definizione a tre dimensioni sviluppata da Hewitt e Flett (1991) o la definizione a sei dimensioni sviluppata da Frost et al. (1990). In realtà, le due definizioni hanno molto in comune, ed un confronto tra i due questionari ha mostrato una notevole sovrapposizione (Frost et al. 1993).

Le sei dimensioni di Frost et al. (1990) sono timore degli errori, standard personali, dubbi sulle azioni, criticismo genitoriale, aspettative genitoriali e organizzazione. La dimensione timore degli errori è di gran lunga l'elemento che contraddistingue il perfezionismo disadattivo e patologico. I perfezionisti patologici concedono poco spazio al fare errori e percepiscono anche i più piccoli come facilmente portatori di futuri fallimenti definitivi. I perfezionisti patologici non giudicano mai che qualcosa sia abbastanza bene realizzato, e le loro prestazioni sono sempre accompagnate da sentimenti di autocritica e inefficacia.

Le altre dimensioni sono clinicamente meno importanti. La dimensione standard personali non distingue i perfezionisti patologici da persone che aspirano semplicemente a grande competenza e successo (Frost et al. 1990; Hamachek 1978). Le dimensioni del criticismo genitoriale e delle aspettative genitoriali sono connesse alla tendenza dei perfezionisti a concepire l'affetto dei genitori come condizionato alla loro capacità di soddisfare le aspettative genitoriali ed evitare le loro critiche (Burns 1980; Hamachek 1978; Hollander 1965; Patch 1984). I dubbi sulle azioni e sull'organizzazione sono considerate da alcuni studiosi (Burns 1980; Hamachek 1978; Hollander 1965; Patch 1984) come differenti aspetti del timore degli errori.

Recentemente Shafran et al. (2002) hanno criticato la definizione multidimensionale del perfezionismo, e hanno proposto un concetto unidimensionale, chiamato perfezionismo clinico, definito come *"una dipendenza eccessiva della valutazione di sé dal raggiungimento di obiettivi impegnativi e auto-imposti in almeno un campo importante, nonostante conseguenze negative"* (p.778). Dunkley, Blankstein, Masheb e Grilo (2006) hanno osservato che nel perfezionismo ci sono almeno due dimensioni, identificate come standard personali e preoccupazioni valutative. La prima dimensione riguarda il raggiungimento di obiettivi elevati, mentre la seconda dimensione riguarda valutazioni critiche del proprio comportamento, incapacità di trarre soddisfazione da una prestazione di successo, e preoccupazioni pervasive e rimuginii rispetto al criticismo degli altri. Fondamentalmente, la dimensione *"preoccupazioni valutative"* corrisponde alla dimensione di Frost del timore degli errori. Possiamo concludere che la dimensione del *"perfezionismo-timore degli errori"* rimane la più rilevante da un punto di vista clinico.

La concettualizzazione tradizionale di autostima (e la connessa bassa autostima) è da sempre un costrutto globale e uni-dimensionale che riguarda il valore personale (Rosenberg 1965). Una bassa autostima è ritenuta essere un importante fattore di vulnerabilità ai disturbi alimentari. Naturalmente le persone con disturbi alimentari tendono a valutarsi nel campo della forma corporea e del peso (Button et al. 1996; Fairburn et al. 2003; Fairburn et al. 1997). Dunque esse hanno caratteristici schemi del sé legati al peso (Vitousek e Hollon 1990). Le persone con disturbi alimentari sono oppresse da un sentimento pervasivo, vago e generico di non essere sufficientemente qualificate, competenti o adatte alle richieste della vita, e trascorrono molto tempo rimuginando su questi sentimenti negativi. Questo schema del sé è il secondo nucleo cognitivo

caratteristico dei disturbi alimentari ed è stato chiamato autovalutazione negativa di lunga durata (Vitousek e Hollon 1990). Più recentemente Bardone, Perez, Abramson e Joiner (2003) hanno interpretato l'autostima secondo due dimensioni, componendo la scala Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) nelle due sottoscale di auto-competenza/auto-efficacia e di auto-gradimento/auto-valore. Di queste due dimensioni l'auto-efficacia è quella più strettamente legata al perfezionismo. Infatti, coloro che non si fidano delle loro capacità tendono a sentirsi facilmente scoraggiati dalle discrepanze tra standards e risultati raggiunti (Bandura e Cervone 1986, Bardone et al. 2002; Bardone-Cone et al. 2006). Questi tipi di rimuginio sull'auto-efficacia sono molti simili al timore perfezionistico degli errori. Tuttavia, i risultati dello studio di Bardone et al. (2003) hanno rivelato che entrambe le sottoscale dello strumento RSES erano significativamente associate con i sintomi dei disturbi alimentari. Nel campo dei disturbi alimentari la netta maggioranza degli studi sull'Autostima utilizza ancora la definizione unidimensionale dell'autostima e la strigliatura unidimensionale dell'RSES.

Il rimuginio è stato poco studiato nel campo dei DCA rispetto alle precedenti dimensioni psicologiche. Il rimuginio è un'attività di pensiero caratterizzata da una prevalenza di previsioni ansiose e da timori di possibili futuri eventi negativi (Borkovec et al. 1998). Alcuni studi supportano l'ipotesi che il rimuginio svolga un ruolo psicopatologico nei DCA. Iniziamo notando che la definizione del DSM-IV di timore della grassezza ha punti in comune col rimuginio. Infatti, il timore della grassezza è una predizione su possibili futuri eventi negativi riguardo al peso e al grasso. Wadden et al. (1991) hanno trovato che ragazze senza disturbi clinici mostravano in modo significativo più rimuginio sul peso e sul cibo rispetto a ragazzi senza disturbi clinici. Kerkhof et al. (2000) hanno trovato che soggetti con disturbi alimentari mostrano misure più elevate di rimuginio dei soggetti del gruppo di controllo. Scattolon e Nicky (1995) hanno trovato che il consumo di cibo in un campione non clinico di soggetti cronicamente a dieta e inclini al rimuginio era stimolato da rimuginii sul rango sociale e sulle prestazioni scolastiche. Sassaroli et al. (2005) hanno definitivamente dimostrato l'associazione tra rimuginio e DCA.

Inoltre ci sono due studi relativi alla ruminazione (*ruminatio*n) nei DCA. La parola "rumination" indica un tipo di rimuginio presente nella depressione e in altri disturbi dell'umore ed è stata studiata principalmente da Nolen-Hoeksema (2000). La ruminazione è legata a eventi negativi passati, mentre il rimuginio è una preoccupazione di futuri eventi negativi. In accordo con Troop e Treasure (1997), l'insorgere della bulimia è associato con ruminazioni in risposta a eventi di vita. Hart e Chiovari (1998) hanno mostrato che soggetti a dieta mostrano in modo significativo più ruminazioni rispetto al mangiare e al cibo dei soggetti non a dieta.

È plausibile che uno dei più importanti fattori di mantenimento per il rimuginio sia un processo metacognitivo. La metacognizione mette a fuoco ogni conoscenza coinvolta nei processi di pensiero, valutazione e credenze sulla cognizione stessa (Ardevini 2002; Flavell 1979; Nelson e Narens 1990). Un altro modo di intendere la metacognizione è come la capacità di fare inferenze sugli stati mentali altrui. Comunque, secondo Tchanturia et al. (2004), non ci sono evidenze di una qualche riduzione specifica della capacità metacognitiva in chi soffre di anoressia.

Vi possono però essere interazioni interessanti tra rimuginio e alcuni contenuti mentali metacognitivi. Secondo Wells (2000), il rimuginio patologico è mantenuto da credenze metacognitive positive e negative riguardanti i vantaggi e i pericoli del rimuginare. A loro volta queste credenze diventano oggetto di rimuginio. Questo particolare tipo di rimuginio è chiamato da Wells (2000) "meta-worry", cioè meta-rimuginio.

Si può ipotizzare che il meta-rimuginio influenzi non solo il rimuginio, ma anche credenze cognitive come il perfezionismo e l'autostima. Non ci sono studi di nostra conoscenza sul ruolo del meta-rimuginio come fattore psicologico alla base dei DCA. Inoltre, poco si sa sull'interazione tra meta-rimuginio, credenze cognitive e rimuginio nei DCA. Poiché la ricerca ha già mostrato

### Contenuti metacognitivi dei Disturbi Alimentari

che il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio sono presenti nei disturbi alimentari, lo scopo di questo studio è di replicare i risultati secondo i quali i soggetti con disturbi alimentari hanno livelli più alti di perfezionismo e di rimuginio e livelli più bassi di autostima, di fornire la prima dimostrazione in assoluto che i soggetti con DCA hanno livelli più alti di meta-rimuginio rispetto al gruppo di controllo, e di esplorare l'interazione tra meta-rimuginio e processi e credenze cognitive, come il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio.

## Metodo

### 1) Partecipanti

I partecipanti erano 84 soggetti italiani affetti da disturbi alimentari e 54 soggetti italiani appartenenti al gruppo di controllo. Usando la SCID (Structured Clinical Interview for DSM), abbiamo diagnosticato 48 pazienti bulimici e 36 pazienti anoressici. Tutti e 84 i soggetti con DCA erano donne. La loro età media nel momento dell'intervista era di 23,39 anni (d.s. 4,75). L'età media dell'esordio del disturbo era 18,83 anni (d.s. 2,22). Abbiamo reclutato un gruppo di controllo di 38 soggetti italiani. Essi erano tutte femmine. L'età media del gruppo di controllo al momento dell'intervista era di 25,31 anni (d.s. 5,4).

Tabella 1. *Medie e deviazioni standard*

N	Controlli 38		Anoressiche 36		Bulimiche 48	
	M	D ST	M	D ST	M	D ST
Timore degli errori (MPS)	21,05	5,17	33,17	9,39	29,50	7,74
Autostima, scala di Rosenberg (RSES)	29,61	5,32	18,22	5,69	24,50	7,02
Rimuginio (PSWQ)	36,24	4,72	63,14	11,37	58,28	10,95
Credenze positive sul rimuginio (MQ)	32,26	6,92	40,56	14,91	38,62	10,44
Credenze negative sul rimuginio, la controllabilità e il pericolo (MQ)	25,66	4,20	42,22	8,01	36,46	11,55
Efficienza e fiducia meta-cognitive (MQ)	17,02	4,15	21,11	7,59	19,17	5,45
Credenze negative generali (MQ)	21,58	5,20	26,08	4,66	25,88	6,42
Autoconsapevolezza cognitiva (MQ)	16,53	3,14	20,36	3,96	19,65	3,52

Tabella 2. MANOVA (procedura Games-Howell) nel rimuginio, autostima e perfezionismo

Rimuginio (PSWQ)				
	N	Sottogruppi		
		1	2	
Controlli	38	36,24 (4,72)		
Anoressiche	36		63,14 (11,37)	
Bulimiche	48		58,28 (10,95)	
F(2, 119) = 85,09, p < 0,001				
Controlli – Anoressiche: p < 0,001; Controlli – Bulimiche: p < 0,001				
Autostima (RSES)				
	N	Sottogruppi		
		1	2	3
Controlli	38	29,61 (5,32)		
Anoressiche	36		18,22 (5,69)	
Bulimiche	48			24,50 (7,02)
F(2, 119) = 31,78, p < 0,001				
Controlli – Anoressiche: p < 0,001; Controlli – Bulimiche: p < 0,01; Anoressiche – Bulimiche: p < 0,001				
Perfezionismo patologico (scala concern over mistakes dell'MPS)				
	N	Sottogruppi		
		1	2	
Controlli	38	21,05 (5,17)		
Anoressiche	36		33,17 (9,39)	
Bulimiche	48		29,50 (7,74)	
F(2, 119) = 25,06, p < 0,001				
Controlli – Anoressiche: p < 0,001; Controlli – Bulimiche: p < 0,001				

## 2) Procedura

Abbiamo reclutato gli 84 soggetti con DCA dalla popolazione coinvolta nel trattamento psicoterapeutico cognitivo per i disturbi alimentari eseguito da “Studi Cognitivi”, centro ambulatoriale milanese di psicoterapia cognitiva e dall’unità ambulatoriale per i DCA dell’ospedale San Paolo di Milano diretto da Sara Bertelli. Il reclutamento è stato effettuato durante la fase iniziale di accertamento.

Psicologi specializzati in terapia cognitiva (training di specializzazione in accordo con i criteri del MIUR “Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca” e con i criteri della SITCC “Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva”; la SITCC è membro dell’EABCT “European Association for Behavioural and Cognitive Therapies”) hanno valutato i dati demografici ed eventuali trattamenti correnti o passati psicologici e/o psicofarmacologici; hanno somministrato gli strumenti di valutazione diagnostica e cognitiva; hanno consegnato una batteria di questionari auto-somministrati che i pazienti hanno completato come compito a casa; e hanno chiesto il permesso scritto per usare le informazioni raccolte, come dati di uno studio che esamini le loro credenze cognitive. Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni dettagliate sulle procedure e gli scopi dello studio e hanno saputo che i risultati del loro accertamento sarebbero stati discussi durante le sedute iniziali del trattamento. I soggetti che acconsentirono a partecipare firmarono un modulo di consenso informato. Il permesso dei genitori era stato richiesto per i soggetti minorenni. I criteri per l’inclusione nella ricerca erano: diagnosi DSM di uno dei disordini menzionati sopra; età minima di 17 anni; capacità di parlare correntemente in lingua italiana.

Contenuti metacognitivi dei Disturbi Alimentari

Tabella 3. MANOVA (Games-Howell procedure) in MQ

**Credenze positive sul rimuginio (MQ)**

	N	Sottogruppi	
		1	2
Controlli	38	32,26 (6,92)	
Anoressiche	36		40,56 (14,91)
Bulimiche	48		38,62 (10,44)

F(2, 119) = 5,79, p < 0,01

Controlli – Anoressiche: p < 0,05; Controlli – Bulimiche: p < 0,01

**Credenze negative sul rimuginio, la controllabilità e il pericolo (MQ)**

	N	Sottogruppi		
		1	2	3
Controlli	38	25,66 (4,20)		
Anoressiche	36		42,22 (8,01)	
Bulimiche	48			36,46 (11,55)

F(2, 119) = 34,37, p > 0,001

Controlli – Anoressiche: p < 0,001; Controlli – Bulimiche: p < 0,001; Anoressiche – Bulimiche: p < 0,05

**Credenze sulla competenza cognitiva (MQ)**

	N	Sottogruppi	
		1	2
Controlli	38	17,02 (4,15)	
Anoressiche	36		21,11 (7,59)
Bulimiche	48	19,17 (5,45)	

F(2, 119) = 4,54; p > 0,05

Controlli – Anoressiche: p < 0,05

**Credenze negative generali (MQ)**

	N	Sottogruppi	
		1	2
Controlli	38	21,58 (5,20)	
Anoressiche	36		26,08 (4,66)
Bulimiche	48		25,88 (6,42)

F(2, 119) = 8,12, p < 0,001

Controlli – Anoressiche: p < 0,01; Controlli – Bulimiche: p < 0,01

**Autoconsapevolezza cognitive (MQ)**

	N	Sottogruppi	
		1	2
Controlli	38	16,53 (3,14)	
Anoressiche	36		20,36 (3,96)
Bulimiche	48		19,65 (3,52)

F(2, 119) = 12,64, p < 0,001

Controlli – Anoressiche: p < 0,001; Controlli – Bulimiche: p < 0,05

Campione: 38 soggetti normali di sesso femminile sono stati reclutati da una popolazione di soggetti che lavorano in una ditta di Milano. Tre riferirono di essere in terapia per un disturbo emotivo. Tutti i partecipanti furono informati con attenzione sulle procedure e gli scopi della ricerca. Inoltre essi furono informati che tutti i dati raccolti sarebbero stati strettamente riservati. Tutti loro accettarono di partecipare e firmarono un modulo per il consenso informato

Tabella 4. *Regressione lineare semplice, effetti globali delle variabili cognitive e metacognitive (predittori) sulla Tendenza a dimagrire (variabile dipendente)*

Predittori	R	R quadrato	Somma dei quadrati	Gradi di libertà	Quadrato medio	F	Sig,
Rimuginio (Penn Worry Total Score)	0,281	0,079	167,446	1	167,446	7,021	0,010*
Autostima (Rosenberg Self Esteem Questionnaire)	0,255	0,065	137,894	1	137,894	5,696	0,019*
Perfezionismo (Scala timore degli errori della Perfectionism Multidimension al Scale)	0,463	0,215	455,683	1	455,683	22,411	0,000***
Credeze positive sul rimuginio (scala del Metacognition Questionnaire)	0,203	0,043	91,044	1	91,044	3,674	0,059+

+ = Sig, < 0,1; \* = Sig, < 0,05; \*\* = Sig, < 0,01; \*\*\* = Sig, < 0,001;

Tabella 5. *Regressione lineare multipla, effetti interattivi tra le variabili cognitive (predittori) sulla tendenza a dimagrire (variabile dipendente)*

	Somma dei quadrati	Gradi di libertà	Quadrato medio	F	Sig,
Perfezionismo * Autostima * Rimuginio	115,807	1	115,807	5,139	0,026**
R Quadrato = 0,162 (R Quadrato corretto = 0,119)					

### 3) *Strumenti*

L'intervista clinica strutturata per il DSM-IV (SCID-I, First et al. 1997; versione italiana di Mazzi et al. 2000) è un'intervista strutturata basata sui criteri DSM che offre una diagnosi per l'asse I dei disturbi psichiatrici.

La sottoscala "timore degli errori" della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS, Frost et al. 1990) è una sottoscala a 9 item di un questionario auto-somministrato di 35 item basato sulla definizione di perfezionismo di Frost e colleghi (1990). Esso utilizza una scala Likert a 5 punti. Il primo autore ha tradotto in italiano il MPS. La versione italiana del MPS fu quindi ri-tradotta in inglese da una persona proveniente dagli USA e non pratico dello strumento. Uno degli autori del MPS ha confrontato la versione originale e la versione ri-tradotta del MPS e non ha trovato differenze significative (Frost, 29 dicembre 2004, comunicazione personale). Un'insegnante di inglese proveniente dagli USA ha rivisto la traduzione italiana del MPS.

Il Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES, Rosenberg 1965) valuta l'autostima globale e il senso di valore di sé. Usa una scala Likert a 10 item che prevedono risposte su una scala a 4 punti, da "fortemente in accordo" a "fortemente in disaccordo". Il primo autore ha tradotto in italiano la scala. La versione italiana della scala fu quindi ri-tradotta in inglese da una persona proveniente dagli USA e non pratico dello strumento. Un'insegnante di inglese proveniente dagli USA ha rivisto la ri-traduzione in inglese e la traduzione italiana della scala.

Il Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al. 1990), è un questionario auto-somministrato basato su ciò che è stato teorizzato sul rimuginio da Borkovec in vari articoli. Il rimuginio è un'attività di pensiero caratterizzata dalla predominanza di previsioni ansiose e timori di possibili eventi futuri negativi (Borkovec et al. 1998) ed è correlato alla gravità dell'ansia (Vasey e Borkovec 1992). Il punteggio totale del PSWQ è una misura attendibile e ampiamente accettata della tendenza al rimuginio delle persone. I dati sull'attendibilità e la validità della versione italiana sono pubblicati su Morani et al. (2001).

Il Metacognition Questionnaire (MQ, Cartwright-Hatton e Wells 1997) misura vari contenuti metacognitivi. Il questionario ha 65 item e produce punteggi sulle seguenti 5 sotto-scale: "credenze positive sul rimuginio": misura il pensiero che il rimuginio aiuti le persone a gestire la realtà; "credenze negative sul rimuginio, la controllabilità e il pericolo": misura i pensieri negativi sul rimuginio, la controllabilità dei pensieri e possibili conseguenze negative; "efficienza e fiducia metacognitive": misura i dubbi sull'efficienza cognitiva e mentale; "credenze negative generali": misura la convinzione che il rimuginio e i pensieri possano essere controllati e include il senso di responsabilità, punizione e superstizione; "autoconsapevolezza cognitiva": misura la tendenza a monitorare l'attività mentale. Gli item sono valutati con una scala a 4 punti. La traduzione ufficiale italiana è stata pubblicata su Wells (1999 pp. 327-333).

### 4) *Risultati*

#### *a) Analisi preliminari*

Le variabili indipendenti esplorate in questa ricerca erano altamente correlate tra loro. Questo potrebbe produrre un effetto di multicollinearità, che porta ad una perdita di significatività statistica. Per ridurre l'effetto della multicollinearità tra le variabili predittrici, abbiamo centrato le variabili, seguendo le indicazioni di Aiken e West (1991).



*b) Differenze significative delle dimensioni cognitive e metacognitive tra gruppi.*

La tabella 1 riporta le medie e le deviazioni standard di ciascun campione. Le tabelle 2 e 3 riportano l'analisi multivariata della varianza, (MANOVA, procedura di Games-Howell) tra gruppo di controllo e gruppi con disturbi alimentari. La scala timore degli errori dell'MPS, l'RSES e il PSWQ hanno punteggi significativamente differenti tra gruppo di controllo e gruppi con DCA. Per quanto riguarda le variabili metacognitive, le scale "convinzioni positive riguardo al rimuginio", "convinzioni negative riguardo al rimuginio, la controllabilità e il pericolo", "convinzioni generali negative" e "automonitoraggio" hanno punteggi significativamente differenti tra gruppo di controllo e gruppi con DCA.

Nella scala "convinzioni sulla competenza cognitiva", solo le anoressiche hanno ottenuto punteggi significativamente diversi dai soggetti di controllo.

*c) Capacità predittiva e interazioni tra predittori*

Usando una procedura di regressione lineare semplice, abbiamo misurato gli effetti complessivi delle credenze cognitive e metacognitive (predittori) sulla tendenza alla magrezza (variabile dipendente) (tabella 4). I risultati hanno mostrato che tutte le variabili cognitive timore degli errori, bassa autostima e rimuginio avevano un effetto predittivo significativo sulla misura dei DCA. Nessuna variabile metacognitiva ha mostrato un effetto globale significativo.

Per esaminare gli effetti dell'interazione tra le variabili timore degli errori, autostima e rimuginio abbiamo condotto un'analisi di regressione lineare multipla usando tutte le variabili cognitive già menzionate come variabili indipendenti e la variabile tendenza alla magrezza come dipendente e abbiamo misurato gli effetti di interazione a 2 e a 3 vie tra le variabili indipendenti (Aiken e West 1991).

I risultati hanno mostrato che l'interazioni a tre vie tra rimuginio, timore degli errori e autostima aveva un effetto significativo sulla tendenza a dimagrire dei soggetti con DCA (tavola 5).

## Discussione

Il lavoro conferma il ruolo del perfezionismo, della bassa autostima e del rimuginio nella psicopatologia dei DCA e offre alcuni suggerimenti sul possibile ruolo psicopatologico di un contenuto metacognitivo.

Rimane confermato che il timore degli errori è un aspetto clinicamente significativo del perfezionismo, anche se i risultati non possono essere usati come argomento per falsificare le altre definizioni di perfezionismo. Il timore degli errori è una credenza maladattativa di tipo ansioso, poiché si tratta di una sovra-stima di eventi minacciosi, una paura molto intensa e ansiosa di fallimento dopo importanti prestazioni. Lo studio conferma che i soggetti con DCA interpretano ansiosamente ogni imperfezione corporea o del peso come fallimenti catastrofici del loro forte desiderio di una immagine impeccabile e sfolgorante (Hewitt e Flett 1991).

Anche nel caso dell'autostima il nostro studio conferma i risultati ottenuti in precedenti ricerche, sottolineando il ruolo rilevante che questa variabile cognitiva riveste nelle persone con DCA (Button et al. 1996; Fairburn et al. 2003; Fairburn et al. 1997; Vitousek e Hollon 1990).

Il terzo dato confermato dal nostro lavoro riguarda il ruolo svolto dal rimuginio come fattore alla base dei DCA. Questo terzo risultato è più significativo dei due precedenti perché la ricerca sul rimuginio nei DCA è ancora scarsa. I soggetti con DCA passano molto tempo pre-

occupandosi e pensando (in breve: rimuginano) al peso, al grasso e alla forma del corpo perché essi temono una lunga catena di conseguenze negative legate ad essi. Queste conseguenze negative possono riguardare le relazioni interpersonali, il senso di autoefficacia, la paura di essere biasimati o disprezzati dai genitori, dai coetanei, e così via. La relazione tra rimuginio e DCA è confermata non solo da studi che hanno esaminato direttamente questa variabile (Kerkhof et al. 2000; Scattolon e Nicky 1995; Sassaroli et al. 2005; Sassaroli e Ruggiero 2005; Wadden et al. 1991), ma anche da altri articoli. Infatti, Godley et al. (2001) hanno mostrato che sia pazienti con anoressia che pazienti con bulimia nervosa avevano significativamente più cognizioni negative sul futuro dei soggetti del gruppo di controllo. Non è necessario ripetere ancora che il concetto di cognizioni orientate al futuro negative è molto simile al rimuginio.

L'analisi delle interazioni chiarifica ulteriormente il ruolo svolto dal Rimuginio. Poiché un'interazione può essere considerata una buona approssimazione statistica del rapporto di moderazione (Preacher 2003), i nostri risultati suggeriscono che l'effetto del perfezionismo o della bassa autostima sulla tendenza alla magrezza nei soggetti con DCA vari in funzione del livello di rimuginio. Inoltre, gli effetti di interazione rivelati dalla regressione lineare multipla suggeriscono che tutte le variabili cognitive considerate siano strettamente intrecciate le une alle altre. Probabilmente il perfezionismo incrementa una bassa autostima e viceversa. Inoltre, sia il perfezionismo che la bassa autostima sono incrementate dal rimuginio, e tutti questi elementi concorrono allo sviluppo dei DCA.

Riguardo ai contenuti metacognitivi, i risultati sono controversi. In breve, dal nostro studio emerge che i soggetti con DCA effettivamente aderiscono a contenuti metacognitivi di tipo patologico più severi rispetto ai soggetti controllo. Tuttavia, questi contenuti mostrano anche una scarsa capacità predittiva sul sintomo DCA da noi scelto come variabile dipendente. Infatti, 4 delle 5 scale dell'MQ hanno mostrato punteggi significativamente più alti nei soggetti con DCA che nei soggetti del gruppo di controllo. Tale risultato supporta l'ipotesi che nei disturbi alimentari il rimuginio su grasso, peso, e cibo sia a sua volta oggetto di credenze e valutazioni negative, e che queste credenze siano di tipo metacognitivo. Dunque il soggetto con DCA rimuginerebbe non solo su cibo, peso e grasso ma anche sul rimuginio stesso.

Tuttavia, i dati forniti dalla regressione multipla dicono che nessuna variabile metacognitiva ha mostrato qualche effetto predittivo. Questi dati suggeriscono che credenze metacognitive sono effettivamente presenti e reali (nel senso di realmente pensate) nei soggetti con DCA, ma anche che esse non mostrano un significativo effetto predittivo indipendente su un sintomo centrale come la tendenza alla magrezza. Per ora, tali risultati ci dicono che né il metarimuginio né le altre variabili metacognitive svolgono un ruolo psicopatologico nei disturbi alimentari. I soggetti con DCA quindi si preoccupano effettivamente del fatto che loro stessi si preoccupano troppo di varie cose, compresi cibo, grasso e peso. Tuttavia questa preoccupazione di secondo livello non contribuisce all'emersione del DCA.

In conclusione lo studio conferma il modello psicopatologico cognitivo del perfezionismo e della bassa autostima dei DCA, suggerisce che il rimuginio dovrebbe essere aggiunto a questo modello e infine mette a nudo alcuni contenuti metacognitivi significativamente presenti nei soggetti con DCA, escludendo però al momento che questi contenuti svolgano una azione patologica aggiuntiva rispetto alle altre variabili del modello cognitivo.

Questi risultati andranno confermati in studi successivi. Un limite di questo studio è di aver limitato l'analisi ad un'unica, sia pure molto significativa, variabile dipendente, la tendenza alla magrezza, per amore di semplicità metodologica. Nulla esclude che un uso di più variabili dipendenti possa fornire nuovi dati sul ruolo psicopatologico della metacognizione nei DCA.

## Bibliografia

- Aiken LS, & West SG (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.
- Bandura A & Cervone D (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behaviors and Human Decision Processes*, 38, 92-113.
- Bardone A, Perez M, Abramson LY, & Joiner T (2003). Self-competence and self-liking in the prediction of change in bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 361-369.
- Bardone-Cone AM, Abramson, LY, Vohs KD, Heatherton TF & Joiner TE Jr. (2006). Predicting bulimic symptoms: an interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 27-42.
- Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, & Kaye WH (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Bauer BG, & Anderson WP (1989). Bulimic beliefs: Food for thought. *Journal of Counseling and Development*, 67, 416-419.
- Borkovec TD, Ray WJ & Stöber J (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Bruch H (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and The Person Within*. New York: Basic Books.
- Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S & Sullivan PF (2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366-368.
- Burns DD (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.
- Button E (1985). Eating disorders: A quest for control? In E Button (Ed.), *Personal Construct Theory and Mental Health* (pp. 153-168). London, Sidney: Croom Helm.
- Button EJ, Sonuga-Barke, EJ, 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 (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Casper RC (1983). Some provisional ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia. In: P L Dasrby, P E Garfinkel, D M Garner, & D V Coscina (Eds.), *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research* (pp.387-392). New York: Alan R Liss.
- Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GL, & Remick RA (2002). Trait and Self-Presentational Dimensions of Perfectionism Among Women with Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 745 – 758.
- Davis C (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: An interactive model. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 421-426.
- Dunkley DM, Blankstein KR, Masheb RM & Grilo CM (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 CG (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn C G, Welch SL, Doll HA, Davies BA & O'Connor ME (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.

Contenuti metacognitivi dei Disturbi Alimentari

- Fairburn CG & Harrison PJ (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn CG, Cooper Z & Shafran R (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M & Williams JB (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 168<sup>th</sup> Street, New York, NY 10032.
- Flavell JH (1979). Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JI & Neubauer AL (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost RO, Marten P, Lahart C & Rosenblate R (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Godley J, Tchanturia K, MacLeod A & Schmidt UI (2001). Future-directed thinking in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 281-295.
- Halmi KA, Goldberg SC, Eckert E, Casper R, & Davis, JP (1977). Pretreatment evaluation of anorexia nervosa. In R.A. Vigersky (Ed.), *Anorexia Nervosa* (pp. 43-54). New York, Raven Press.
- Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini WH & Kaye WH (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hamachek DE (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hart KE, Chiovari P (1998). Inhibition of eating behavior: negative cognitive effects of dieting. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 427-430.
- Hewitt PL & Flett GL (1991). Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt PL, Flett GL & Ediger E (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317-326.
- Hewitt PL, Flett GL, Besser A, Sherry SB & McGee B (2003). Perfectionism is multidimensional: a reply to Shafran, Cooper, and Fairburn. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1217-1220.
- Hollander MH (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Joiner TE, Heatherton TF, Rudd MD & Schmidt NB (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 145-153.
- Kerkhof A, Hermas D, Figeo 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 GP (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.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL & Borkovec TD (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Morani S, Pricci D & Sanavio E (2001). “Penn State Worry Questionnaire” e “Worry Domains Questionnaire”. Presentazione delle versioni italiane ed analisi della fedeltà. [“Penn State Worry Questionnaire” e “Worry Domains Questionnaire”. Presenting the Italian version and reliability].

Sandra Sassaroli et al.

- Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 195-210.
- Nelson TO & Narens L (1990). Metamemory: a theoretical framework and new findings. In G. Bower (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation*, vol. 26. New York: Academic Press.
- Nolen-Hoeksema S (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Patch AR (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Preacher KJ (2003). A Primer on Interaction Effects in Multiple Linear Regression. Published online in <http://www.unc.edu/~preacher/interact/interactions.htm#stand>.
- Rosenberg M (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sassaroli S & Ruggiero GM (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 135-141.
- Sassaroli S, Bertelli S, Decoppi M, Crosina M, Milos G & Ruggiero GM (2005). Worry and eating disorders: A psychopathological association. *Eating Behaviors*, 6, 301-307.
- Scattolon YS & Nicky RM (1995). Worry as an inhibitor of dietary restraint. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25-33, 1995.
- Shafran R, Cooper Z & Fairburn CG (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- 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.
- Troop NA & Treasure JL (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.
- Vasey MW & Borkovec TD (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 1-16.
- Vitousek KB & Hollon, KB (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Wadden TA, Brown G, Foster GD & Linowitz JR (1991). Salience of weight-related worries in adolescent males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 407-414.
- Wells A (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: McGraw-Hill Companies. Italian translation of Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells A (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.

*Indirizzo per la corrispondenza:* Dott.ssa Sandra Sassaroli Studi Cognitivi, Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva, Foro Buonaparte 57 - 20121 Milano - email [grupporicerca@studicognitivi.net](mailto:grupporicerca@studicognitivi.net)