

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/257827395>

# Risposte emozionali e regolazione delle emozioni nei disturbi alimentari.

Article in *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* · October 2013

CITATIONS

0

READS

2,786

7 authors, including:



**Caterina Lombardo**

Sapienza University of Rome

135 PUBLICATIONS 2,440 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Monica David**

Sapienza University of Rome

8 PUBLICATIONS 21 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Gemma Battagliese**

Sapienza University of Rome

42 PUBLICATIONS 1,305 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Aldo Stella**

Università per Stranieri di Perugia e Università degli Studi di Perugia

222 PUBLICATIONS 243 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Intercultural [View project](#)



The Breast Size Satisfaction Survey: An International, Collaborative Project [View project](#)

---

# Risposte emozionali e regolazione delle emozioni nei Disturbi dell'Alimentazione

---

**Caterina Lombardo, Monica David, Alessandra Moreschini e Gemma Battagliese** – Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

**Lucrezia Maccioli e Assunta Pierotti** – Associazione onlus per i disturbi alimentari e del peso «Il Pellicano», Perugia

**Aldo Stella** – Associazione onlus per i disturbi alimentari e del peso «Il Pellicano», Perugia; Università per gli stranieri di Perugia

---

## Riassunto

Il presente studio ha confrontato l'uso dell'*Expressive Suppression* e della *Cognitive Reappraisal*, misurati attraverso il questionario ERQ (Gross e John, 2003), da parte di pazienti con Disturbi dell'Alimentazione e partecipanti di controllo. I risultati evidenziano che le pazienti con Disturbi dell'Alimentazione, in particolare con Bulimia Nervosa, adottano più frequentemente strategie di regolazione delle emozioni disfunzionali (*Expressive Suppression*) e meno frequentemente strategie di regolazione funzionali (*Cognitive Reappraisal*). Inoltre, le pazienti riferiscono anche una maggiore tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni negative. Coerentemente con quanto evidenziato dalla letteratura precedente, è possibile che l'uso di strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni favorisca lo sviluppo e la cronicizzazione dei Disturbi dell'Alimentazione attraverso la più frequente esperienza di emozioni negative, per la cui gestione si ricorre all'iperalimentazione. Tuttavia, sarebbero necessari studi longitudinali per approfondire e confermare queste conclusioni.

---

**Parole chiave:** *Disturbi dell'Alimentazione, Emozioni Negative, Strategie di Regolazione delle Emozioni, Soppressione Espressiva, Rivalutazione Cognitiva.*

## Abstract

### Emotional responses and emotion regulation in eating disorders

This study compares the use of *Expressive Suppression* and *Cognitive Reappraisal* strategies, measured through ERQ (Gross and John, 2003), by patients with Eating Disorders and healthy controls. Results highlight that patients with Eating Disorders, and especially those with Bulimia, report higher use of suppression and lower use of reappraisal when compared to controls. Moreover, they also report experiencing greater urges to overeat in presence of negative emotions when compared to controls. Consistent with existing literature, it is possible to interpret these results as an indication that the use of dysfunctional strategies promotes the development and maintenance of eating disorders, through the promotion of a more frequent experience of negative emotions, which, in turn, is associated with the

urge to overeat, as a strategy for regulating them. However, longitudinal studies are needed in order to confirm this speculation.

**Keywords:** *Eating Disorders, Negative Emotions, Emotion Regulations, Expressive Suppression, Reappraisal.*

## INTRODUZIONE

I Disturbi dell'Alimentazione (DA) colpiscono circa lo 0,5%-3,0% della popolazione generale, con un'incidenza maggiore nel genere femminile rispetto a quello maschile e con un picco di insorgenza tra i 16 e i 20 anni (Stice, Marti e Rohde, 2013).

Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision* (DSM-IV-TR, APA, 2004) suddivide i Disturbi dell'Alimentazione in tre principali categorie diagnostiche: l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e i Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (DANAS). Quest'ultima categoria include i Disturbi dell'Alimentazione che non soddisfano i criteri per Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa. Tra i DANAS, il *Binge Eating Disorder* (BED) costituisce il sottotipo più ampiamente studiato e per il quale sono stati inseriti all'interno del DSM-IV-TR (APA, 2004) i criteri diagnostici di prova per poter uniformare la ricerca epidemiologica ancora necessaria. In particolare il Binge Eating Disorder è caratterizzato da frequenti abbuffate, distinguibili dalla Bulimia Nervosa a causa dell'assenza delle condotte di compenso (Treasure, Claudino e Zucker, 2010).

Diversi ricercatori condividono un modello eziopatogenetico dei Disturbi dell'Alimentazione di tipo multifattoriale e probabilistico, sebbene lo stato attuale di conoscenza delle variabili che possono essere considerate fattori di rischio causali risulti ancora incompleto (Striegel-Moore e Bulik, 2007). La letteratura scientifica indica una combinazione di fattori genetici, biologici e temperamentali che interagiscono con le circostanze ambientali e che, insieme, concorrono nell'aumentare il rischio di sviluppare un Disturbo dell'Alimentazione (Klump et al., 2009).

Tra i fattori che la letteratura recente indica come determinanti nella genesi e nel mantenimento dei Disturbi dell'Alimentazione vi sono l'esperienza e la regolazione delle emozioni: le persone a rischio per questi disturbi spesso presentano difficoltà nella regolazione delle emozioni, sperimentano frequentemente emozioni negative molto intense e utilizzano il cibo per regolarle (Polivy e Herman, 2002; Bardone-Cone e Cass, 2006; Macht, 2008).

Nelle persone che non hanno problemi con il cibo, che Macht (2008) indica come *Normal Eaters*, l'esperienza di emozioni negative o la presenza di eventi stressanti può associarsi a un aumento, a una riduzione o a nessun cambiamento della quantità di cibo assunto. Oltre ai Normal Eater l'autore identifica altre due tipologie di persone: i *Restrictive Eaters* e gli *Emotional Eaters*.

I primi a parlare di Restrictive Eater sono stati Herman e Mack (1975) ed Herman e Polivy (1975), nell'ambito della teoria sulla restrizione-disinibizione (si vedano, ad

esempio, Polivy e Herman, 1985), che prevede che queste persone siano costantemente protese a limitare l'introito calorico e a evitare alcuni cibi ipercalorici. Alcuni eventi (ad esempio la percezione di avere mangiato troppo o più del voluto, l'esperienza di emozioni, in particolare negative) sono capaci di interrompere questo rigido controllo cognitivo e innescare l'episodio di iperalimentazione. Si riconosce facilmente in questo gruppo di persone uno «schema di pensiero dicotomico», che prevede un'alternanza di eccessi e privazioni: in alcuni periodi la persona riesce a tenere sotto controllo la quantità di cibo ingerita, ma appena devia dal percorso intrapreso si lascia andare all'altro eccesso (si veda, ad esempio, Apfeldorfer, 1991).

La relazione fra restrizione e disinibizione può essere facilmente rilevata non solo nelle persone con obesità ma anche in tutte le fasce di peso e può spiegare gli episodi di abbuffata che si riscontrano in tutti i Disturbi dell'Alimentazione, inclusa l'anoressia. Sono presenti, però, nella letteratura scientifica alcuni risultati contrastanti che lasciano pensare che il quadro teorico della restrizione-disinibizione non spieghi completamente tutti i pattern di relazioni fra emozioni e comportamento alimentare. Per questo motivo Macht (2008) identifica anche gli Emotional Eater, ovvero coloro che, pur non esercitando un rigido controllo cognitivo sulla loro alimentazione, sono particolarmente sensibili agli effetti delle emozioni. Fra i primi a parlare di *Emotional Eating* possiamo citare Arnow, Kenardy e Agras (1995), autori di un questionario per la misurazione di questo costrutto. Rivedendo la letteratura scientifica sull'alimentazione emozionale, Macht (2008) conclude che gli Emotional Eater risponderebbero all'attivazione di emozioni negative, non aumentando in generale la quantità di cibo assunto (abbuffate) ma con uno specifico aumento del consumo di cibi dolci o grassi.

La stretta relazione fra esperienza emozionale e comportamento alimentare è oggi documentata da molti studi empirici e riassunta in rassegne e meta-analisi. Infatti, i risultati di alcuni studi rilevano anche che l'alimentazione viene usata dalle persone con questi disturbi come regolatore degli stati affettivi (Evers, Marijn Stok e Ridr, 2010), in particolare come strumento per evitare o inibire l'esperienza emozionale (si vedano, ad esempio, Schmidt e Treasure, 2006). Un adulto capace di regolare le proprie emozioni è in grado di generare nuove esperienze emozionali, di reinterpretare e modificare pensieri e situazioni potenzialmente angoscianti (Gross e Thompson, 2007), di controllare i comportamenti impulsivi quando sperimenta emozioni negative e di rispondere alle richieste ambientali con un vasto repertorio di strategie socialmente accettabili, ma sufficientemente flessibili da permettere di soddisfare sia obiettivi individuali che esigenze situazionali (Gratz e Roemer, 2004).

La capacità di regolare le proprie emozioni, comunque, non si limita solo alla regolazione delle emozioni negative ma riguarda anche quelle positive, aumentandone o diminuendone l'intensità o modificandone la qualità in funzione del contesto o degli obiettivi del momento. Inoltre, la letteratura scientifica ha dimostrato che l'uso di alcune di queste strategie (ad esempio il problem solving, la modulazione dell'attenzione, la rivalutazione cognitiva) si associa a un maggiore benessere mentre l'uso di altre (ad esempio la soppressione espressiva) si associa a peggiori esiti per la salute e addirittura comporta un'amplificazione dell'esperienza che si vuole attenuare.

Alcuni studi riportano nelle ragazze con Disturbi dell’Alimentazione minore consapevolezza delle emozioni e maggiore difficoltà nella loro regolazione (si vedano, ad esempio, Harrison, Sullivan, Tchanturia e Treasure, 2009), uso prevalente o esclusivo di strategie di regolazione emozionale disfunzionale, come la soppressione o l’evitamento delle emozioni (Oldershaw et al., 2012), e minore ricorso a strategie adattive come la rivalutazione cognitiva e il problem solving (Aldao e Nolen-Hoeksema, 2010). Inoltre, sembra che le pazienti con Disturbi dell’Alimentazione usino il cibo per regolare o inibire le proprie emozioni (Bekker e Spoor, 2008) e mettano in atto comportamenti come la restrizione alimentare, le abbuffate e le condotte di compenso per ridurre l’intensità o per spostare l’attenzione lontano dalle emozioni negative (Torres et al., 2011).

Alcuni autori (Polivy e Herman, 1993; Ricca et al., 2012) definiscono alimentazione emozionale la tendenza a mangiare in risposta alle emozioni negative (ansia, depressione, rabbia, solitudine, noia, ecc.) ed evidenziano come si possa considerare l’alimentazione emozionale come un possibile fattore di rischio scatenante dell’abbuffata sia nella Bulimia Nervosa che nel Binge Eating Disorder (Macht, 2008; Clyne, Latner, Gleaves e Blambied, 2010).

Una recente meta-analisi (Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010) mostra che nei Disturbi dell’Alimentazione la gravità della psicopatologia è predetta dalla soppressione emozionale ( $r = 0,59$ ). In altri termini una porzione rilevante di varianza degli indici di dimensione dell’effetto viene spiegata dall’abitudine a inibire l’espressione delle emozioni. Poiché questa meta-analisi evidenzia che l’uso di strategie di disregolazione emozionale come l’evitamento o la soppressione è associato alla maggior parte delle psicopatologie esaminate, e non solo ai Disturbi dell’Alimentazione, si potrebbe ipotizzare che la disregolazione delle emozioni sia responsabile dell’insorgenza della psicopatologia e della comorbidità fra vari disturbi.

A questo proposito Waller, Corstorphine e Mountford (2007) sostengono che l’evitamento delle emozioni può essere ottenuto bloccando l’emozione o prima o nel momento in cui essa si manifesta. Il primo tipo di evitamento potrebbe essere legato a comportamenti restrittivi e potrebbe specularmente favorire lo sviluppo di comportamenti compulsivi di controllo del cibo e del peso tipici dell’anoressia nervosa. Il secondo tipo di regolazione si riscontrerebbe nei pazienti con Bulimia Nervosa, che ricorrerebbero a comportamenti impulsivi di iperalimentazione per inibire le emozioni una volta che queste hanno raggiunto la consapevolezza e innescerebbero comportamenti compulsivi di compenso come strategia di controllo. Si potrebbe infine ipotizzare che, a differenza della bulimia, nel paziente con Binge Eating Disorder il ricorso al cibo sia una manifestazione più compulsiva che impulsiva. Coerentemente con alcune di queste ipotesi la letteratura evidenzia che le persone con Bulimia Nervosa mostrano una maggiore impulsività quando vengono confrontate con pazienti con anoressia e con soggetti di controllo (Fischer, Smith e Cyders, 2008) e che l’impulsività è un predittore di esito negativo del trattamento nella Bulimia Nervosa (Feltman e Ferraro, 2011).

L’obiettivo generale del presente studio è stato verificare se i pazienti affetti da Disturbi dell’Alimentazione, rispetto ai controlli, ricorrono più frequentemente a strategie di regolazione emozionali disfunzionali e meno frequentemente a strategie di regolazione delle emozioni funzionali.

## METODO

### *Partecipanti*

Hanno partecipato allo studio 65 pazienti con diagnosi di Disturbi dell'Alimentazione (età media = 27,88; DS = 9,2; BMI medio = 23,28; DS = 7,71). Tutte le pazienti sono state reclutate presso un'associazione onlus con sede a Perugia e sono state confrontate con un gruppo di controllo, costituito da 52 studentesse (età media = 24,87; DS = 5,89; BMI medio = 20,66; DS = 1,34) reclutate fra gli iscritti alla Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università Sapienza di Roma, che hanno accettato volontariamente di prendere parte allo studio. Tutte le partecipanti incluse nel gruppo di controllo sono donne che si sono definite «sane».

Sono state escluse dal gruppo delle studentesse di controllo 10 partecipanti che non rispondevano ai criteri di inclusione descritti di seguito: punteggi inferiori al cut-off clinico nei questionari sintomatologici descritti nella sezione «Strumenti di misura», ovvero punteggi < 10 nell'EAT-26 e < 30 nel DEQ; e indice di massa corporea (BMI) nella norma.

### *Strumenti di misura*

L'intensità della sintomatologia dei Disturbi dell'Alimentazione è stata valutata attraverso i seguenti strumenti:

- *Disordered Eating Questionnaire* (DEQ; Lombardo et al., 2004). Il DEQ è un questionario formato da 24 item, basato sui criteri diagnostici indicati nel DSM-IV e nel DSM-IV-TR. Include 3 sezioni: la prima (Sezione A) comprende 18 item che valutano la frequenza con cui i soggetti adottano una serie di comportamenti alimentari disturbati (restrizione del cibo assunto o delle calorie consumate, mangiare di nascosto, ecc.). I soggetti devono rispondere su una scala a sei punti che va da «mai» a «più di una volta al giorno». Inoltre, questa sezione include anche 4 item che valutano la frequenza di comportamenti di compenso (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici o altri farmaci per dimagrire). La seconda sezione (B) comprende 6 item che valutano preoccupazioni e pensieri intrusivi rispetto a peso, cibo, calorie e aspetto fisico. La risposta richiede una valutazione di quanto ogni item descrive la propria esperienza, scegliendo una risposta su una scala Likert a 7 punti che va da 0 a 6, dove 0 indica «per niente» e 6 «del tutto». Tutte le domande si riferiscono ai 3 mesi precedenti. L'ultima sezione (C) include domande concernenti dati personali come età, peso e altezza autovalutati e, nel caso delle donne, le domande riguardano anche l'età della prima mestruazione, la regolarità del ciclo mestruale nei tre mesi precedenti e l'eventuale uso di contraccettivi orali. Lo studio di validazione del questionario (Lombardo et al., 2004), condotto su 1.578 adolescenti, ha evidenziato una struttura unifattoriale del questionario che include tutti gli item della sezione A, eccetto i 4 item riguardanti i comportamenti di compenso, e tutti quelli della sezione B. Sommando il punteggio di tutti gli item inclusi nel fattore, si ottiene un punteggio di scala la cui attendibilità (valutata con l'alpha di Cronbach) è 0,90. La frequenza dei comportamenti di compenso è calcolata separatamente, som-

mando le risposte dei 4 item esclusi dal punteggio totale. Gli item della sezione C non sono inclusi nel punteggio totale. Il cut-off clinico è 30.

- *Eating Attitude Test-26* (EAT-26; Garner et al., 1982; versione italiana a cura di Dotti e Lazzari, 1998). L'EAT-26 è un questionario per l'autovalutazione dei sintomi comunemente associati all'Anoressia e alla Bulimia. Comprende 26 item le cui risposte vanno date su una scala di frequenza a 6 punti (da «sempre» a «mai»), che identificano 3 dimensioni: la restrizione alimentare, la bulimia e le preoccupazioni per il cibo e il controllo orale. È possibile anche calcolare un punteggio totale. Dal momento che, nella versione italiana del test, la struttura fattoriale e le tre scale non risultano perfettamente sovrapponibili a quella originaria, è stato usato il punteggio totale. Un punteggio più alto indica una maggiore intensità della sintomatologia dei Disturbi dell'Alimentazione. Per tale strumento gli autori indicano due cut-off clinici: punteggi uguali o superiori a 10 indicano una probabilità media che sia presente un Disturbo dell'Alimentazione; punteggi uguali o superiori a 20 indicano un'elevata probabilità che sia presente un Disturbo dell'Alimentazione.
- *Countour Drawing Rating Scale* (CDRS, Thompson e Gray, 1995). Il CDRS chiede al soggetto di valutare la forma corporea ideale e quella attuale, scegliendo tra 9 possibili silhouette appropriate per genere ed età, che vanno dall'estremo sottopeso a un rilevante sovrappeso. La differenza tra l'ideale corporeo e la forma attuale è considerata una misura di insoddisfazione corporea. Il punteggio del CDRS varia da -8 (estremo desiderio di essere più magro/a) a 8 (estremo desiderio di essere più grasso/a).

Per la valutazione dell'esperienza e disregolazione delle emozioni, ai soggetti che hanno partecipato allo studio sono stati somministrati i seguenti strumenti:

- *Questionario sulla Regolazione Emozionale* (ERQ, Gross e John, 2003; versione italiana di Balzarotti, John e Gross, 2010). Si tratta di una breve scala *self-report* di 10 item costruita al fine di valutare le differenze individuali nei due processi di regolazione emotionale (la valutazione cognitiva e la soppressione espressiva), attraverso due sottoscale corrispondenti a due differenti strategie di regolazione emotionale: *Cognitive Reappraisal* (6 item) ed *Expressive Suppression* (4 item).
- *Emotional Eating Scale* (EES; Arnou, Kenardy e Agras, 1995; versione italiana a cura di Lombardo e San Martini, 2005). Si tratta di un questionario autosomministrato che valuta i rapporti tra emozioni e alimentazione. È composto di 25 item le cui risposte vanno date su una scala tipo Likert a 5 punti (da «nessun desiderio di mangiare» a «un irresistibile desiderio di mangiare»). Comprende 3 sottoscale che misurano la tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni di tipo depressivo (EES\_D), di rabbia (EES\_R) e di incertezza, confusione e ansia (EES\_A).

## PROCEDURA

Tutti i partecipanti (pazienti e controlli) hanno compilato i questionari individualmente in autocompilazione. L'ordine dei questionari era alternato casualmente. La diagnosi clinica è stata svolta dall'équipe di psichiatri, psicologi clinici e nutrizionisti della struttura

presso cui i pazienti sono stati reclutati. Lo studio è stato approvato dal Comitato etico del Dipartimento di Psicologia.

### *Analisi statistiche*

Le analisi statistiche effettuate hanno risposto a tre obiettivi. Il primo obiettivo è confrontare un gruppo di pazienti con Disturbi dell'Alimentazione con un gruppo di controllo composto di studentesse che riferisce di essere «sane». I due gruppi (pazienti con Disturbi dell'Alimentazione e gruppo di controllo) sono stati innanzitutto confrontati per età attraverso un'analisi della varianza (ANOVA) a una via. Per verificare che i due gruppi, assunti come differenti sulla base di criteri sintomatologici, fossero effettivamente differenti (*manipulation check*), le caratteristiche sintomatologiche sono state confrontate attraverso tre Analisi della Covarianza, considerando come variabile indipendente il Gruppo, come variabili dipendenti i punteggi riportati nei questionari sintomatologici (DEQ, EAT-26, CDRS) e come covariata l'età. Le stesse analisi sono state ripetute per valutare se i due gruppi differivano nell'utilizzo di strategie di regolazione emozionale funzionale (scala di *Cognitive Reappraisal* dell'ERQ) e disfunzionale (scala di *Expressive Suppression* dell'ERQ), e nella tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni negative come ansia (scala di ansia dell'EES), depressione (scala di depressione dell'EES) rabbia (scala di rabbia dell'EES).

Il secondo obiettivo è valutare se sottogruppi diagnostici differiscono per le stesse variabili precedentemente descritte. In questo caso le analisi della covarianza (ANCOVA) sono state svolte confrontando tre sottogruppi: Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo (ANR), Bulimia Nervosa di tipo Purgativo (BNP) e gruppo di controllo. In presenza di effetti significativi, sono stati effettuati i confronti post-hoc di Scheffé.

Infine, le pazienti accolte che hanno ricevuto una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato sono state confrontate con un gruppo di studentesse che avevano riportato punteggi superiori al cut-off clinico nei questionari sintomatologici, pur non essendo in cura per Disturbi dell'Alimentazione. In questo caso i confronti statistici sono stati effettuati attraverso il t-test per campioni indipendenti.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il programma SPSS 13.

## **RISULTATI**

### *Analisi descrittive*

Il numero e il BMI medio delle pazienti nelle varie categorie diagnostiche, le differenze per età e BMI tra il gruppo delle pazienti e il gruppo delle studentesse di controllo sono evidenziati nella tabella 1. Il gruppo delle pazienti riporta un'età e un indice medio di massa corporea (BMI) più elevati di quelli del gruppo di controllo. Il BMI più alto e la forte variabilità dello stesso nel gruppo clinico riflettono la presenza delle pazienti con BMI molto basso e delle pazienti con BMI molto alto (valore minimo = 13,56 e valore massimo = 48,44).



**Tabella 1** – Descrizione del campione per età e BMI

	Pazienti					Gruppo di controllo	$F_{(gdl)}$	p
	Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo (ANR) (N = 23; 34,8%)	Binge Eating Disorder (BED) (N = 9; 13%)	Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento (BNP) (N = 19; 29%)	Bulimia Nervosa senza condotte di svuotamento (BNR) (N = 2; 2,9%)	Disturbi dell’Alimentazione Non Altrimenti Specificati (NAS) (N = 11; 17,4%)	(N = 52)		
Body Mass Index (BMI)	M = 17,7 (DS = 2,1)	M = 34,3 (DS = 9,0)	M = 18,9 (DS = 2,8)	M = 18,9 (DS = 2,8)	M = 24,6 (DS = 6,8)			
	M = 23,28 (DS = 7,71)					M = 20,66 (DS = 1,34)	5,823 <sub>(1,100)</sub>	0,018
Età	M = 27,88 (DS = 9,20)					M = 24,87 (DS = 5,89)	4,024 <sub>(1,111)</sub>	0,045

*Differenze fra i gruppi riguardo l’intensità della sintomatologia*

Le differenze tra il gruppo dei pazienti e quello dei controlli, relativamente all’intensità dei sintomi riportati nei questionari sintomatologici utilizzati, possono essere visualizzate nella tabella 2.

Le pazienti con Disturbi dell’Alimentazione riportano punteggi mediamente più alti rispetto al gruppo di controllo al DEQ e all’EAT-26; risultati simili si ottengono anche quando si considera come variabile dipendente la frequenza dei comportamenti di compenso riportati nel DEQ: infatti, il gruppo delle pazienti riferisce di ricorrere a comportamenti compensatori più frequentemente rispetto al gruppo di controllo.

L’analisi della varianza, che ha valutato se il gruppo delle pazienti e quello dei controlli differivano in merito all’insoddisfazione corporea, ha evidenziato che le pazienti sono più insoddisfatte del loro corpo e dichiarano di volere essere più magre di quanto non siano già rispetto al gruppo di controllo.

Sono state condotte altre analisi della covarianza confrontando il gruppo di controllo non più con il gruppo clinico nel suo insieme ma con i gruppi diagnostici più numerosi (Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo e Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento).

Per quanto riguarda il DEQ, dai confronti post-hoc emerge che tutti i gruppi ottengono punteggi significativamente diversi tra loro (tutte le  $p < 0,001$ ) e, in particolare, il gruppo delle pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento riporta i punteggi più alti, il gruppo delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo punteggi intermedi, il gruppo di controllo i punteggi più bassi.

Anche relativamente alla frequenza dei comportamenti di compenso, dai confronti post-hoc emerge che tutti i gruppi ottengono punteggi significativamente diversi tra loro

**Tabella 2** – Differenze fra i gruppi riguardo l’intensità della sintomatologia, le strategie di regolazione delle emozioni e l’alimentazione emozionale

	Pazienti (N = 65)	Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo (N = 23)	Bulimia Nervosa con con- dotte di svuota- mento (N = 19)	Gruppo di controllo (N = 52)	Pazienti vs Gruppo di controllo		Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo vs Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento vs Gruppo di controllo	
					$F_{(gdl)}$	p	$F_{(gdl)}$	p
DEQ_ Disordered Eating Questionnaire	M = 51,38 (DS = 23,3)	M = 48,78 (DS = 23,89)	M = 64,89 (DS = 13,06)	M = 13,23 (DS = 7,73)	126,91 <sub>(1,109)</sub>	< 0,001	121,73 <sub>(2,84)</sub>	< 0,001
DEQ_ Compensi	M = 2,05 (DS = 2,76)	M = 1,72 (DS = 2,37)	M = 3,83 (DS = 2,66)	M = 0,19 (DS = 0,14)	29,79 <sub>(1,109)</sub>	< 0,001	39,99 <sub>(2,84)</sub>	< 0,001
EAT_Eating Attitude Test	M = 27,17 (DS = 16,39)	M = 34,61 (DS = 18,24)	M = 30,72 (DS = 12,42)	M = 1,79 (DS = 1,66)	129,78 <sub>(1,109)</sub>	< 0,001	104,88 <sub>(2,84)</sub>	< 0,001
CDRS Countor Drawing Rating Scale	M = -2,05 (DS = 2,76)	M = -1,72 (DS = 2,37)	M = -3,83 (DS = 2,66)	M = -1,08 (DS = 1,01)	6,70 <sub>(1,109)</sub>	0,011	16,43 <sub>(2,84)</sub>	< 0,001
ERQ Cognitive Reappraisal	M = 14,91 (DS = 5,55)	M = 15,29 (DS = 6,31)	M = 15,27 (DS = 4,88)	M = 28,25 (DS = 6,99)	112,27 <sub>(1,107)</sub>	< 0,001	37,76 <sub>(2,79)</sub>	< 0,001
ERQ Expressive Suppression	M = 24,14 (DS = 8,61)	M = 25,94 (DS = 6,95)	M = 22,67 (DS = 9,57)	M = 9,96 (DS = 4,22)	108,49 <sub>(1,107)</sub>	< 0,001	56,23 <sub>(2,79)</sub>	< 0,001
EES Emotional Eating Scale Depressione	M = 17,50 (DS = 12,13)	M = 8,78 (DS = 8,46)	M = 24,44 (DS = 9,56)	M = 12,12 (DS = 5,78)	7,47 <sub>(1,105)</sub>	0,007	23,46 <sub>(2,80)</sub>	< 0,001
EES Emotional Eating Scale Rabbia	M = 13,14 (DS = 10,32)	M = 7,17 (DS = 7,01)	M = 17,19 (DS = 10,14)	M = 7,32 (DS = 5,86)	11,31 <sub>(1,105)</sub>	< 0,001	12,49 <sub>(2,80)</sub>	< 0,001
EES Emotional Eating Scale Ansia	M = 10,93 (DS = 8,02)	M = 6,22 (DS = 5,95)	M = 14,00 (DS = 7,33)	M = 6,46 (DS = 4,29)	10,45 <sub>(1,105)</sub>	0,002	12,22 <sub>(2,80)</sub>	< 0,001

(tutte le  $p < 0,001$ ) e, in particolare, il gruppo delle pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento riporta il numero più alto di comportamenti di compenso, il gruppo delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo punteggi intermedi e il gruppo di controllo il numero più basso di comportamenti di compenso.

Le analisi relative ai punteggi ottenuti nell'EAT-26 mostrano che entrambi i gruppi delle pazienti riportano punteggi più alti rispetto a quelli conseguiti dal gruppo di controllo, mentre non differiscono tra loro ( $p = 0,890$ ).

Relativamente all'insoddisfazione corporea, i risultati evidenziano che le pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento riportano livelli maggiori ( $p < 0,001$ ) di insoddisfazione corporea, rispetto sia al gruppo di controllo che alle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo. Diversamente, non sono emerse differenze statisticamente significative tra il gruppo delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo e il gruppo di controllo. In tutte le analisi della covarianza effettuate la variabile età, utilizzata come covariata, non è risultata in nessun caso statisticamente significativa.

### *Confronto tra pazienti e gruppo di controllo sulle strategie di regolazione delle emozioni*

I due gruppi (pazienti vs controlli) sono stati confrontati sulla base dell'utilizzo prevalente di strategie di regolazione emozionale, usando come variabili dipendenti i punteggi ottenuti all'*Emotion Regulation Questionnaire*. I risultati evidenziano differenze statisticamente significative tra i due gruppi sia per ciò che attiene la scala di *Expressive Suppression* che per quanto riguarda la scala di *Cognitive Reappraisal*. In particolare, il gruppo delle pazienti riporta punteggi più bassi di *Cognitive Reappraisal*, indicativi di un minore uso di questa strategia funzionale di regolazione delle emozioni rispetto al gruppo di controllo. Diversamente, il gruppo delle pazienti riporta punteggi più elevati di *Expressive Suppression*, indicativi di un maggiore uso di questa strategia disfunzionale di regolazione delle emozioni, rispetto a quello dei controlli.

Anche quando si confrontano le due strategie di regolazione delle emozioni nei gruppi delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo, con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento e di controllo, i risultati evidenziano differenze statisticamente significative sia per scala di *Cognitive Reappraisal* che per la scala di *Expressive Suppression*. Dai confronti post-hoc emerge che il gruppo di controllo riporta punteggi alla scala di *Cognitive Reappraisal* significativamente più alti rispetto a quelli ottenuti dalle pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento e con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo (entrambe le  $p < 0,001$ ), mentre i due gruppi delle pazienti non differiscono tra di loro ( $p = 0,944$ ). Per quanto riguarda i punteggi ottenuti nella scala di *Expressive Suppression*, il gruppo delle pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento e quello delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo non differiscono tra loro ( $p = 0,136$ ) e riportano un punteggio significativamente più elevato rispetto a quello ottenuto dal gruppo di controllo (entrambe le  $p < 0,001$ ).

In tutte le analisi della covarianza effettuate la variabile età, utilizzata come covariata, non è risultata in nessun caso statisticamente significativa. Le medie e le deviazioni standard, le  $F$  e le  $p$  sono riportate nella tabella 2.

### *Confronto fra gruppi riguardo l'alimentazione emozionale*

Sono state condotte tre analisi della covarianza che hanno considerato come variabile indipendente il Gruppo (pazienti vs controlli) e come variabili dipendenti i punteggi nelle tre sottoscale dell'*Emotional Eating Scale*. Sono emersi risultati significativi per tutte e tre le sottoscale. Nelle tre sottoscale il gruppo delle pazienti riporta punteggi più elevati rispetto a quelli riferiti dal gruppo di controllo, indicativi di una maggiore tendenza da parte delle pazienti a iperalimentarsi in presenza di emozioni di tristezza-depressione, rabbia e ansia.

Per valutare se emergessero differenze significative tra specifiche classi diagnostiche e il gruppo di controllo in merito alla tendenza a mangiare in presenza di emozioni, sono state condotte tre analisi della covarianza che hanno considerato come variabile indipendente i Gruppi (pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo vs pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento vs controlli) e come variabili dipendenti i punteggi nelle tre scale dell'EES. Sono emersi risultati significativi per tutte e tre le sottoscale.

Dai confronti post-hoc emerge che tutti i gruppi sono diversi tra loro ( $p < 0,05$ ) e, in particolare, le pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento riportano punteggi più elevati, indicativi di una maggiore tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni di tipo depressivo, i controlli ottengono punteggi intermedi e le pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo riportano punteggi inferiori.

Relativamente alla tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni di rabbia, dai confronti post-hoc emerge che le pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento riportano punteggi significativamente più elevati rispetto a quelli ottenuti dal gruppo di controllo e dal gruppo delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo. Questi ultimi due gruppi non differiscono tra loro ( $p = 0,779$ ).

La stessa cosa si ottiene quando si valuta la tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni di ansia: le pazienti con Bulimia Nervosa con condotte di svuotamento ottengono punteggi significativamente più elevati sia rispetto al gruppo di controllo sia rispetto al gruppo delle pazienti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo ( $p < 0,001$ ), mentre questi ultimi due gruppi non differiscono tra loro ( $p = 0,686$ ).

In tutte le analisi della covarianza effettuate la variabile età, utilizzata come covariata, non è risultata in nessun caso statisticamente significativa. Le medie e le deviazioni standard, le  $F$  e le  $p$  sono riportate nella tabella 2.

### *Confronto tra sottogruppi con sintomatologia sottosoglia o non altrimenti specificata*

Le 11 pazienti accolte presso la struttura che ha reclutato i pazienti e che hanno ricevuto una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (NAS; età media = 27,2; DS = 6,3; BMI medio = 24,6; DS = 6,8) sono state confrontate con il gruppo delle 10 studentesse di controllo che hanno compilato i questionari, ma che sono state escluse dal gruppo di controllo considerato per le analisi precedenti in quanto presentavano sintomatologia superiore al cut-off clinico (età media = 23,3; DS = 8,9; BMI medio = 21,2; DS = 2,7).

Dalle analisi condotte è emerso che i due gruppi non differiscono rispetto a nessuna delle variabili sintomatologiche rilevate, ma differiscono sulla base delle strategie di regolazione emotiva di *Cognitive Reappraisal* ed *Expressive Suppression* e sulla base della tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni di depressione. I risultati sono riportati nella tabella 3.

**Tabella 3** – Confronto tra pazienti con Disturbo dell’Alimentazione Non Altrimenti Specificato e controlli con sintomatologia sottosoglia

	<b>Pazienti con Disturbo dell’Alimentazione Non Altrimenti Specificato (N = 11)</b>	<b>Gruppo di controllo con sintomatologia sottosoglia (N = 10)</b>	<b><math>T_{(gdl)}</math></b>	<b><math>p</math></b>
BMI	M = 24,67 (DS = 6,86)	M = 21,26 (DS = 3,79)	-1,30 <sub>(16)</sub>	0,211
DEQ	M = 55,10 (DS = 21,85)	M = 46,42 (DS = 10,62)	-1,13 <sub>(18)</sub>	0,273
DEQ_compensi	M = 1,80 (DS = 3,71)	M = 1,30 (DS = 2,54)	-0,352 <sub>(18)</sub>	0,729
EAT-26	M = 21,80 (DS = 10,58)	M = 18,50 (DS = 13,91)	-0,597 <sub>(18)</sub>	0,558
CDRS	M = -2,60 (DS = 1,34)	M = -1,80 (DS = 3,71)	-0,641 <sub>(18)</sub>	0,529
ERQ_Reappraisal	M = 15,70 (DS = 4,37)	M = 25,00 (DS = 8,40)	3,08 <sub>(17)</sub>	0,007
ERQ_Suppression	M = 24,50 (DS = 10,20)	M = 14,11 (DS = 5,46)	-2,72 <sub>(17)</sub>	0,015
EES_Depressione	M = 21,50 (DS = 9,90)	M = 11,70 (DS = 5,77)	-2,70 <sub>(18)</sub>	0,015
EES_Rabbia	M = 15,70 (DS = 9,23)	M = 9,90 (DS = 7,84)	-1,52 <sub>(18)</sub>	0,147
EES_Ansia	M = 11,60 (DS = 6,22)	M = 7,30 (DS = 3,80)	-1,87 <sub>(18)</sub>	0,079

## DISCUSSIONE

Questo studio è stato condotto per valutare se pazienti con Disturbi dell’Alimentazione usano preferenzialmente strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni e, di conseguenza, tendono a iperalimentarsi in presenza di emozioni negative. Coerentemente con quanto riportato in letteratura (Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer, 2010; McNamara, Chur-Hansen e Hay, 2008) per ciò che attiene alle strategie di regolazione delle emozioni, i risultati del presente studio evidenziano che il gruppo delle pazienti, rispetto al gruppo di controllo, ricorre più frequentemente a strategie di regolazione delle emozioni disfunzionali come la soppressione espressiva e meno frequentemente a strategie funzionali come la rivalutazione cognitiva. Le pazienti, inoltre, riferiscono una maggiore tendenza ad assumere grandi quantità di cibo in presenza di emozioni negative come rabbia, ansia e tristezza-depressione.

Questo dato è coerente con la letteratura precedente (Macht, 2008; Ricca et al., 2012), che evidenzia che nelle pazienti affette da Disturbi dell'Alimentazione le emozioni negative sono frequentemente antecedenti di episodi di iperalimentazione. Questa tendenza, tuttavia, non caratterizza tutte le pazienti ma soltanto quelle con una diagnosi di Bulimia Nervosa di tipo Purgativo. Questo sottogruppo, infatti, riferisce una maggiore tendenza a iperalimentarsi in presenza di emozioni negative come rabbia, ansia e tristezza-depressione, mentre il sottogruppo con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo non manifesta questa tendenza e, anzi, riporta punteggi più bassi del gruppo di controllo nella scala che misura la tendenza a iperalimentarsi in presenza di tristezza-depressione. È possibile che, come suggeriscono Waller, Costorphine e Mountford (2007), queste pazienti attuino un vero e proprio evitamento cognitivo delle emozioni di tristezza e depressione bloccando l'emozione prima che questa si manifesti, mentre le pazienti con Bulimia Nervosa di tipo Purgativo ricorrono a comportamenti impulsivi come l'abbuffata per inibire le emozioni una volta che queste hanno raggiunto la consapevolezza.

I pazienti che hanno preso parte allo studio hanno ricevuto una diagnosi indipendente di Disturbo dell'Alimentazione effettuata da un gruppo di psichiatri appartenenti all'associazione onlus con sede a Perugia che ha collaborato allo studio.

Ulteriore attenzione meritano il sottogruppo delle pazienti che hanno ricevuto diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato e il relativo gruppo di controllo, ovvero le studentesse che riportano una sintomatologia superiore al cut-off clinico, pur non riferendo di essere in cura per questi disturbi. Tra i due gruppi non sono emerse differenze statisticamente significative su nessuna misura di comportamento o atteggiamento disturbato nei confronti del cibo o del corpo, sebbene l'ultimo gruppo presenti punteggi sistematicamente inferiori al gruppo delle pazienti con un Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato. Tuttavia le pazienti ricorrono più frequentemente a strategie di regolazione delle emozioni disfunzionali, come la soppressione espressiva, e tendono a iperalimentarsi in presenza di emozioni di tristezza-depressione. Il gruppo di controllo, invece, ricorre più frequentemente a strategie di regolazione delle emozioni funzionali come la rivalutazione cognitiva e tende a sperimentare meno frequentemente emozioni negative associate al cibo. La presenza di differenti forme di gestione delle emozioni negative e la possibilità di accedere ad altre risorse personali potrebbero rendere il gruppo di controllo più protetto e meno incline a chiedere aiuto e a impegnarsi in un trattamento in quanto i sintomi potrebbero essere meno invalidanti.

Alla luce dell'insieme dei risultati del presente studio, coerenti con la letteratura precedente, è possibile avanzare l'ipotesi che l'uso di strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni possa essere considerato o un fattore di rischio per i Disturbi dell'Alimentazione oppure un fattore che favorisce la co-occorrenza di varie manifestazioni sintomatologiche. Al contrario l'uso di strategie funzionali potrebbe costituire un fattore di protezione. Tuttavia questa conclusione necessita di ulteriori approfondimenti, data la natura correlazionale e trasversale dei dati analizzati. Studi futuri che implicino l'impiego di disegni longitudinali sono necessari per confermare le interpretazioni avanzate.

Prima di concludere occorre riconoscere alcuni limiti di questo studio. Un limite potrebbe essere relativo al fatto che il BMI è stato calcolato sulla base di dati autoriferiti.

Tuttavia, dal momento che lo studio di validazione del DEQ (Lombardo et al., 2011), da cui sono state ottenute le informazioni relative al peso e all'altezza, indica un coefficiente di correlazione di  $r = 0,95$  fra il BMI calcolato sulla base dei dati autoriferiti e quello calcolato sulla base dei dati obiettivi, confidiamo nel fatto che la stima da noi ottenuta sia una stima affidabile del BMI reale delle partecipanti.

Un secondo limite è la differenza di età fra i pazienti e il gruppo di controllo. Tuttavia questa differenza di età è stata controllata statisticamente e i risultati delle analisi confermano il ruolo delle emozioni a prescindere dalle differenze di età. Un ulteriore limite del presente studio è ravvisabile nella limitata numerosità del campione e, soprattutto, dei soggetti inclusi all'interno della categoria dei pazienti con un Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato. Estendendo le stesse analisi anche ad altri soggetti, sarà interessante osservare se i risultati ai quali è giunto il presente studio si manterranno oppure se emergeranno ulteriori differenze.

## BIBLIOGRAFIA

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association/APA (2004). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision*. Milano: Masson.
- Apfeldorfer, G. (1991). *Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*. Paris: Payot.
- Arnold, B., Kenardy, J., & Agras, W. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 18, 79-90.
- Balzarotti, S., John, O.P., & Gross, J.J. (2010). An Italian adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61-67.
- Bardone-Cone, A.M., & Cass, K.M. (2006). Investigating the Impact of Pro-Anorexia Websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 14, 256-262.
- Bekker, M.J., & Spoor, S.P. (2008). Emotional inhibition, health, gender, and eating disorders: The role of (over) sensitivity to others. In A. Vingerhoets, I. Nyklíček, & J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 170-183). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Clyne, C., Latner, J., Gleaves, D., & Blampied, N. (2010). Treatment of emotional dysregulation in full syndrome and subthreshold binge eating disorder. *Eating Disorders*, 18, 408-424.
- Dotti, A., & Lazzari, R. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders*, 3, 188-194.
- Evers, C., Marijn Stok, F., & de Ridt, D. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 36, 792-804.
- Feltman, K., & Ferraro, F.F. (2011). Preliminary data on risk factors and disordered eating in male college students. *Current Psychology*, 30, 194-202.
- Fischer, S., Smith, G.T., & Cyders, M. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 28, 1413-1425.
- Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.



- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY: The Guilford Press.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Herman, C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Herman, C., & Polivy, J. (1993). Mental control of eating: Excitatory and inhibitory food thoughts. In D.M. Wegner, & J.W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 491-505). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Klump, K.L., Suisman, J.L., Burt, S., McGue, M., & Iacono, W.G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 797-805.
- Lombardo, C., & San Martini, P. (2005). Psychometric properties of the Italian version of the Emotional Eating Scale (EES). In XIII General Meeting of the International Society for Research on Emotions (ISRE). Bari, 11-15 July: Abstract Book.
- Lombardo, C., Russo, P.M., Lucidi, F., Iani, L., & Violani, C. (2004). Internal consistency, convergent validity and reliability of a brief questionnaire on disordered eating (DEQ). *Eating and Weight Disorders*, 9, 91-98.
- Lombardo, C., Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Mallia, L., & Violani, C. (2011). Concurrent validity of the Disordered Eating Questionnaire (DEQ) with the Eating Disorder Examination (EDE) clinical interview in clinical and non clinical samples. *Eating & Weight Disorders*, 16, 188-198.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- McNamara, C., Chur-Hansen, A., & Hay, P. (2008). Emotional responses to food in adults with an eating disorder: A qualitative exploration. *European Eating Disorders Review*, 16, 115-123.
- Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 502-509.
- Polivy, J., & Herman, C. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *The American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C.G. Fairburn, & G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York, NY: The Guilford Press.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Lo Sauro C., Rotella, F., Ravaldi, C., & Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 245-251.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *The British Journal of Clinical Psychology/The British Psychological Society*, 45, 343-366.

- Stice, E., Marti, C., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 445-457.
- Striegel-Moore, R.H., & Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*, 181-198.
- Thompson, M.A., & Gray, J.J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment, 64*, 258-269.
- Torres, S., Guerra, M., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., & Vieira, F. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 19*, 100-111.
- Treasure, J., Claudino, A.M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet, 375*, 583-593.
- Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment. *Eating Disorders, 15*, 317-331.

---

Presentato il 17 luglio 2012, accettato per la pubblicazione il 15 gennaio 2013

---

## Corrispondenza

Caterina Lombardo  
Sapienza Università di Roma  
Dipartimento di Psicologia  
Via dei Marsi 78  
00185, Roma