

ESPERIENZE DISSOCIATIVE E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: IL RUOLO DI DISSOCIAZIONE E PERFEZIONISMO NELL'ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Carmelo La Mela e Marzio Maglietta

Centro di Cognitivism Clinico, Scuola Cognitiva Firenze

Riassunto

La Terapia Cognitivo-Comportamentale si è dimostrata efficace nel trattamento della Bulimia Nervosa sia per quanto concerne la capacità di modificare i core beliefs che ne rappresentano la psicopatologia specifica e centrale (eccessiva valutazione della forma del corpo, del peso e del loro controllo) sia per quanto riguarda l'attenuazione della sintomatologia alimentare. Malgrado ciò solo il 40-50% delle pazienti trattate raggiunge una piena e duratura remissione.

Il trattamento della BN è stato sviluppato costruendo un modello relativo ai fattori di mantenimento della patologia, mettendo successivamente a fuoco una serie di procedure relative al trattamento che si focalizzano sull'aspetto psicopatologico centrale e che invertono i fattori che agiscono sul mantenimento del disturbo.

Minor attenzione è stata rivolta ai modelli esplicativi causali relativi allo sviluppo della sintomatologia della BN. Questi vedono essenzialmente nella Negative Affect Theory e nella Escape Theory i due modelli teorici principali. Il presente lavoro, fondato su un'analisi della relazione tra perfezionismo e dissociazione in pazienti con Disturbi dell'Alimentazione, ha lo scopo di apportare un contributo empirico alla Escape Theory, mostrando come sia presente una relazione significativa tra perfezionismo e dissociazione e come queste due variabili cliniche influenzino la frequenza di episodi di binge eating. I dati derivanti da questo studio, se confermati da ulteriori ricerche, aprono prospettive nuove riguardo a strategie terapeutiche che possono integrare l'attuale protocollo terapeutico.

Parole chiave: perfezionismo, dissociazione, binge eating, disturbi dell'alimentazione, escape theory

DISSOCIATION AND EATING DISORDERS: THE ROLE OF DISSOCIATION AND PERFECTIONISM IN BINGE EATING

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is proven effective in the treatment of Bulimia Nervosa (BN), both in its ability to modify core beliefs which represent the specific and core psychopathology (over concerns about body shape, weight and the control thereof) and in the modification of eating symptoms. Unfortunately, only 40-50% of treated patients achieve full and long-lasting remission. The theoretical model of CBT for BN was developed around the identification of maintenance factors of the disorder and around the planning of a successive series of procedures relative to treatment, focalizing on the core psychopathology, and inverting the factors that influence maintenance. Less attention was given to causal and explicative models, relative to the development of the symptomatology of BN. There are two principal

models: Negative Mood Affect Theory and Escape Theory. Our research is based on a study of association about perfectionism and dissociation in BN patients. It aims to improve empirical data about Escape Theory. Our findings show that there is a significant relationship between perfectionism and dissociation in BN patients, and that these two clinical variables influence the frequency of binge eating. These findings, if confirmed by further research, will require other strategies to be integrated into existing therapeutic protocol.

Key words: perfectionism, dissociation, binge eating, eating disorders, escape theory

Introduzione

Numerosi contributi della ricerca supportano l'ipotesi di una relazione tra dissociazione e disturbi dell'alimentazione (DA). La dissociazione è generalmente definita come "la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione" (American Psychiatric Association 2000). La presenza di esperienze dissociative è comune nella popolazione generale e non necessariamente è patologica; come per i sintomi di ansia e depressione, essi diventano propriamente elementi di un disturbo psichiatrico quando causano marcata sofferenza e interferiscono con il funzionamento (Ross et al. 1990; Vanderlinden et al. 1993a; Kihlstrom et al. 1994). Esperienze dissociative possono essere presenti trasversalmente in diversi disturbi psichiatrici (Horen et al. 1995). I sintomi dissociativi sono rilevabili nell'ambito di disturbi d'ansia, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, la Fobia Sociale e il Disturbo di Panico (Fontanelle et al. 2007; La Mela et al. 2004) e in diversi altri disturbi psichici (Sar, et al. 2000). Il significato clinico che la presenza di fenomeni dissociativi dà alle sindromi psicopatologiche nelle quali si ritrovano ha numerose sfaccettature: patoplastiche, prognostiche e di impatto negativo sull'esito del trattamento (Spitzer et al. 1996; Rufus et al. 2006).

Dissociazione e Disturbi dell'Alimentazione

Precedenti studi hanno evidenziato la rilevanza degli stati dissociativi per i pazienti affetti da Disturbi dell'Alimentazione (DA) (Torem 1986, Chandarana e Malla 1989) e, dal punto di vista opposto, vi è prova di un'incidenza relativamente alta di psicopatologia alimentare in pazienti affetti da Disturbi Dissociativi (Nemja 1980; Vanderlinden e Vandereycken 1988). La ricerca ha indicato la presenza di stretti legami tra esperienze dissociative e psicopatologia alimentare specialmente in modo diretto a chiarire la relazione osservata tra eventi traumatici e DA (Vanderlinden et al. 1993). Infatti, allo scopo di ipotizzare un modello esplicativo del rapporto tra trauma e DA, è stato approfondito il tema della dissociazione, quale variabile psicologica che può mediare tale relazione. Demitrack (1990), studiando le esperienze dissociative in trenta donne con DA, confrontate con un campione di controllo costituito da trenta donne sane appaiate per età, ha rilevato che le pazienti mostravano livelli significativamente più alti di psicopatologia rispetto ai controlli. In campioni clinici di pazienti con DA, è stato osservato che la dissociazione svolge un ruolo di primo piano specialmente in relazione alla gravità del fenomeno delle abbuffate.

Nel 1997 Dalle Grave ha osservato la netta prevalenza di sintomi dissociativi in un campione di 103 pazienti affette da DA rispetto a un gruppo di controllo. Il 20 % delle pazienti con DA riportava alti livelli di sintomatologia dissociativa, inoltre, emerse una correlazione positiva tra dissociazione e psicopatologia bulimica. Un'ulteriore conferma a questo dato è stata fornita da

Waller (2003), che, in uno studio di confronto tra un gruppo di soggetti con DA con un gruppo di controllo sano, ha evidenziato livelli di dissociazione più elevati nel gruppo di soggetti con patologia alimentare; ha inoltre osservato che i livelli di dissociazione nel sottogruppo composto da anoressiche restrittive erano simili a quelli dei soggetti sani, mentre nei sottogruppi Anoressia binge/purge e Bulimia i livelli di dissociazione erano significativamente più elevati rispetto agli altri soggetti (Anoressia restrittiva e controlli sani). Elevati livelli di dissociazione sono stati messi in relazione con la frequenza delle abbuffate (Everill et al. 1995; Vanderlinden et al. 1993; La Mela et al. 2010). Inoltre aspetti dissociativi di involontarietà, amnesia e perdita della percezione temporale, sono stati descritti come frequentemente presenti anche durante le abbuffate (Toem 1986; Demitrack et al. 1990), così come i vissuti di depersonalizzazione e derealizzazione (Abraham e Beumont 1982).

Rapporti tra dissociazione e condotte alimentari abnormi sono stati infine osservati anche nell'ambito della popolazione non clinica (Rosen e Petty 1994; Valdiserri e Kihlstrom 1995). Valdiserri e Kihlstrom (1995) hanno riportato una correlazione tra esperienze dissociative e psicopatologia alimentare in un campione di studenti di college. Reto, Dalenberg, e Coe (1993) hanno stimato la dissociazione come un fattore predittivo per la Bulimia Nervosa (BN).

Al contrario, altre osservazioni hanno fallito nell'individuare una relazione significativa tra gravità della sintomatologia bulimica e misure della dissociazione (Covino et al. 1994; Demitrack et al. 1990) e alcuni autori hanno proposto che i sintomi dissociativi descritti in pazienti bulimiche possano essere determinati da cambiamenti metabolici e nutrizionali, che sono sequele di un DA, piuttosto che il risultato di una particolare caratteristica psicologica o di un meccanismo di coping (Goldner et al. 1991).

Teorie causali di sintomi bulimici e condotte di alimentazione incontrollata

Le teorie causali riguardanti le condotte di alimentazione incontrollata suggeriscono che stati affettivi negativi (“*negative affects*”) ed episodi di caduta dei livelli di auto-coscienza (“*self-awareness*”) svolgano un ruolo di rilievo tra i fattori scatenanti e di mantenimento dei sintomi bulimici (Engelberg et al. 2007).

Il modello esplicativo cognitivo-comportamentale della BN sostiene che la iper-valutazione dell'alimentazione, della forma e del peso corporeo e il loro controllo, insieme con il “perfezionismo”, come iper-valutazione dell'importanza di raggiungere alti obiettivi (Sassaroli et al. 2008) siano di primaria importanza per il mantenimento del disturbo (Fairburn et al. 2003). La maggior parte delle caratteristiche cliniche possono essere considerate come direttamente derivanti da questi elementi psicologici e psicopatologici. La sola caratteristica clinica che non può essere dedotta in modo diretto da tali caratteristiche psicopatologiche è rappresentata dagli episodi di alimentazione incontrollata. La teoria cognitivo-comportamentale propone che le abbuffate siano, invece, in gran parte derivanti dalla particolare modalità con cui tali pazienti tendano a ridurre la loro alimentazione. Come conseguenza della rigida restrizione dietetica, si verifica la tendenza a reagire negativamente al verificarsi pressoché inevitabile della rottura di questa, interpretando anche le minime trasgressioni alimentari come prova di una mancanza di autocontrollo. Il risultato è reagire abbandonando temporaneamente gli sforzi di restringere l'alimentazione. Inoltre, è stato osservato che le trasgressioni alla dieta e le abbuffate non si verificano casualmente, ma che siano precedute da stati affettivi negativi (Engelberg et al. 2007). Piuttosto che accettare i cambiamenti di umore, gestendoli adeguatamente, i pazienti tendono ad essere coinvolti in quello che può essere definito un “comportamento di modulazione

disfunzionale dell'umore" ("*dysfunctional mood modulatory behaviour*"). Questo riduce la coscienza degli stati affettivi scatenanti e dei pensieri associati, neutralizzandoli, tuttavia con un costo personale. Ad ogni modo, dato che l'abbuffata può essere efficace nel neutralizzare temporaneamente tali stati emotivi, il risultato è che essa è rinforzata ("*mood modulation theory*"). Dunque, la *mood modulation theory* propone che i pazienti siano coinvolti in comportamenti di alimentazione incontrollata per alleviare stati emotivi negativi e prevede che gli episodi bulimici seguano periodi in cui sono stati vissuti affetti negativi particolarmente intensi (Orleans e Barnett 1984; Johnson e Connors 1987; Beumont 1988; Stice 1994; Hawkins e Clement 1994; Johnson et al. 1995; McManus e Waller 1995; Herman e Polivy 1998). Tali ipotesi sono state sostenute da una serie di prove empiriche. Studi di laboratorio hanno mostrato che l'attivazione emotiva negativa innescata sperimentalmente induce sia il desiderio di abbuffarsi che di iper-alimentarsi (Cools et al. 1992; Heatherton et al. 1998; Tuschen-Caffier e Vögele 1999), mentre osservazioni naturalistiche hanno evidenziato che gli stati affettivi negativi aumentano prima delle abbuffate (Johnson et al. 1995; Le Grange et al. 2001; Wegner et al. 2002; Steiger et al. 2005).

Altre concettualizzazioni del processo che aiuta il mantenimento delle condotte di abbuffata focalizzano l'attenzione su meccanismi diversi, associati alla percezione di sé (*self perception*) e alla consapevolezza di sé (*self awareness*). In particolare, la "Escape Theory" di Heatherton e Baumeister (1991) postula che i soggetti che tendono ad abbuffarsi siano particolarmente predisposti ad auto-valutazioni negative a causa della loro bassa autostima. Tali pazienti sono caratterizzati dalla ricerca di standard esageratamente elevati, inerenti obiettivi di vita, aspettative altrui percepite e ideali. Questi possono riguardare specificatamente aspettative per la magrezza corporea o possono includere più genericamente le aspettative per il successo, per i risultati ottenuti, le virtù morali e la popolarità. Più alti sono gli standard, più elevata è la probabilità di fallimento; la consapevolezza di questi soggetti tenderà a essere focalizzata su sé e sulla propria inadeguatezza personale, sulle proprie mancanze o colpe, alimentando una bassa autostima o auto attribuzioni sfavorevoli, come biasimarsi severamente per i fallimenti. La coscienza dei propri difetti crea stati affettivi negativi, come ansia e depressione (Higgins 1987) e dallo stato di coscienza centrato sul confronto tra sé e i propri alti standard o ideali desiderati, prende il via il tentativo di "fuga". Heatherton suggerisce che le persone tendenti all'alimentazione incontrollata tentino di "evadere" dagli stati di auto-coscienza negativi restringendo e focalizzando la loro attenzione\coscienza da livelli più speculativi e astratti (ad esempio, la valutazione di sé) ad elementi somatici più immediati o a stimoli ambientali esterni (come, ad esempio, il cibo). Questo processo, denominato "restringimento cognitivo" ("*cognitive narrowing*"), permette un distacco da stati di auto-coscienza stressanti. Il soggetto potrebbe avere coscienza di sé ad un livello più basso, in cui non si ha un confronto negativo con i propri standard. A tali livelli più bassi, il sé è ridotto al corpo, l'esperienza è ridotta alla sensazione e l'azione è ridotta al movimento muscolare. Un effetto collaterale di questo ipotetico spostamento dell'autocoscienza è l'inattivazione di altre funzioni cognitive di alto livello, come ad esempio l'inibizione. La disinibizione si verifica poiché, spogliando dai significati le possibili azioni (ad esempio frammentando le azioni in sequenze di atti singoli), si rimuovono gli ostacoli interni che impediscono di coinvolgersi in esse. I pensieri irrazionali si verificano poiché i normali percorsi di ragionamento sono stati sospesi, lasciando una sorta di vuoto mentale. In accordo con questa teoria, le temporanee perdite di inibizione cognitiva portano al rilascio di comportamenti precedentemente inibiti. Dato che i soggetti con BN inibiscono la loro alimentazione, si ipotizza che lo spostamento da uno stato di elevata auto-coscienza ad un livello inferiore scateni il bisogno urgente di alimentarsi e conduca all'alimentazione incontrollata. Heatherton (1993) ha osservato sperimentalmente che le situazioni che promuovono la bassa auto-coscienza (ad esempio,

guardare un video distraente) scatenano episodi di alimentazione incontrollata più che le situazioni che promuovono elevati livelli di auto-coscienza (ad esempio, guardare un video con una persona coinvolta in un compito di problem solving). Inoltre, studi retrospettivi riportano che soggetti con BN riportano stati di bassa auto-coscienza (“*spacing out*”) durante le abbuffate (Johnson et al. 1984; Schupak-Neuberg e Nemeroff 1993). Numerosi autori equiparano lo spostamento di coscienza descritto nella Escape Theory con il concetto clinico di dissociazione e suggeriscono che gli episodi di abbuffata si verificano nel corso di stati dissociativi (McManus 1995; Meyer 1998). Inoltre soggetti con BN riportano retrospettivamente esperienze dissociative prima e durante gli episodi di alimentazione incontrollata e di eliminazione (Abraham e Beumont, 1982; Johnson et al. 1984; Lyubomirsky et al. 2001). La “Escape Theory” considera le autovalutazioni negative fondate su una bassa autostima del soggetto come uno degli aspetti centrali nell’innescare di condizioni stressanti, che, attraverso uno shift dello stato di coscienza, avviano i comportamenti di abbuffata. Queste autovalutazioni negative, nel modello di Heatherton e Baumaster, sono legate a convinzioni particolarmente radicate nei soggetti con vulnerabilità alla psicopatologia alimentare, e riguardano il prefissarsi alti standard, la preoccupazione per il timore di sbagliare, il valutarsi sulla base della capacità di ottenere tali risultati. Tale descrizione sembra ricalcare la definizione di perfezionismo clinico che rappresenta uno dei costrutti cognitivi centrali presenti nel funzionamento mentale dei soggetti con DA (Shafran et al. 2002; Sassaroli 2005). Le osservazioni cliniche e i risultati della ricerca indicano che tratti di perfezionismo siano comuni tra soggetti con DA e spesso sono evidenti anche prima del disturbo. La psicopatologia del perfezionismo clinico è simile nella sua forma a quella di un DA; il suo nucleo principale consiste nella valutazione eccessiva dell’inseguimento e raggiungimento di mete difficoltose (“*achieve demanding goals*”) e in questi soggetti il valore personale viene giudicato largamente sulla base di questo elemento. Le persone con perfezionismo clinico si giudicano largamente, se non del tutto, in base agli sforzi che compiono per raggiungere elevati standard personali in aree di vita che ritengono importanti. I soggetti affetti da DA, applicano i loro standard estremi all’alimentazione, al peso e alla forma del corpo, e al loro controllo. Altre caratteristiche del perfezionismo clinico sono rappresentate dalla svalutazione dei successi ed innalzamento degli standard se gli obiettivi vengono raggiunti, controllo continuo della prestazione e confronto con quella altrui, timore di non riuscire a soddisfare i propri standard personali, evitamento di test cruciali per la propria prestazione per timore che non sia sufficientemente buona, costante preoccupazione sulla propria performance. La rilevanza che questo tratto di personalità ha dimostrato avere nel funzionamento e mantenimento dei DA, ha comportato che Fairburn (2008) allargasse la sua formulazione “transdiagnostica” dei DA integrandola con l’aggiunta del perfezionismo clinico. Queste osservazioni che spostano l’attenzione nel modello di comprensione del disturbo, da credenze più vicine al sintomo (*concern over eating, shape and weight*) a costrutti più strutturali, quali il perfezionismo clinico inteso come lottare per obiettivi ambiziosi (*striving for success*), è stato seguito da una serie di ricerche mirate ad evidenziare quali potessero essere le dimensioni cognitive che potevano conferire un carattere psicopatologico al perfezionismo, che potrebbe apparire di per sé un aspetto fisiologico di una personalità con una sana ambizione. Sassaroli (2005) identifica nel timore dell’errore (*concern over mistakes*) l’elemento centrale del perfezionismo patologico, che non permette al soggetto di avere incertezze durante il percorso e nel momento in cui valuta il risultato finale tenderà a interpretare ogni minimo errore come segno di fallimento globale. Il perfezionismo clinico rappresenterebbe, insieme al costrutto “controllo”, l’elemento principale nella struttura dei costrutti cognitivi centrali dei soggetti affetti da DA .

Alcune ricerche hanno confermato la teoria formulata da Heatherton e Baumester (Engelberg

et al. 2007; Hallings-Pott et al. 2005). Non è stata indagata invece la eventuale associazione, nei soggetti con DA, tra la dimensione del perfezionismo, quale costrutto centrale alla base delle autovalutazioni negative di sé che, nell'ipotesi della teoria, innescherebbero lo shift di consapevolezza da un livello superiore ad uno più basso assimilabile allo stato di coscienza tipico degli stati dissociativi e la dissociazione.

Obiettivi

Gli scopi del presente studio sono i seguenti: (1) verificare se i pazienti affetti da DA mostrano livelli più elevati di dissociazione e perfezionismo rispetto ai controlli sani (CS) e rispetto a pazienti psichiatrici di controllo affetti da disturbi d'ansia e dell'umore (D A-U), (2) valutare gli effetti della dissociazione e del perfezionismo sui sintomi alimentari, in particolare sugli episodi di alimentazione incontrollata, (3) valutare il rapporto tra dissociazione e perfezionismo clinico nel gruppo di pazienti (DA)

Si ipotizza che i pazienti con DA mostrino esperienze dissociative maggiori rispetto ai campioni di controllo e presentino più elevati livelli di perfezionismo. Si ipotizza che, nel campione di pazienti DA, più elevati livelli di dissociazione e più elevati livelli di perfezionismo siano in relazione con una maggiore frequenza di episodi di abbuffata. Si ipotizza che via sia una relazione tra più elevati livelli di dissociazione e più elevati livelli di perfezionismo.

Metodo

Partecipanti

Sono stati reclutati 106 pazienti con DA sottoposti a terapia cognitivo-comportamentale e psichiatrica presso due centri specializzati: il Dipartimento di Salute Mentale Adulti dell'ASL-11 di Empoli e il Centro di Cognitivismo Clinico di Firenze. Dagli stessi centri, sono stati reclutati come gruppo di controllo 70 pazienti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore, sottoposti a terapia cognitivo-comportamentale e psichiatrica. Inoltre, sono stati reclutati come controlli sani 32 soggetti che non presentavano alcuna patologia psichiatrica attuale o pregressa. Costoro sono stati individuati tra i conoscenti degli psicologi del Centro di Cognitivismo Clinico di Firenze e non sono stati retribuiti per il loro coinvolgimento.

Tutti i pazienti sono stati reclutati durante la fase di assessment del trattamento e tutti i soggetti sono stati informati riguardo alla procedura e agli scopi della ricerca ed hanno sottoscritto un consenso informato. La ricerca è stata controllata e approvata dal comitato etico interno del Centro di Cognitivismo Clinico di Firenze.

Procedura

Questa ricerca ha applicato un disegno trasversale. Per determinare la diagnosi è stata somministrata a tutti i pazienti l'Intervista Clinica Strutturata per il Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000) (SCID-I) (First et al. 1997; Mazzi et al. 2000). Attraverso un questionario cartaceo sono stati raccolti dati personali e antropometrici (altezza, peso). Psicologi e psichiatri formati in psicoterapia cognitiva (quat-

tro anni di training formativo, in accordo con i criteri del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e secondo la Società Italiana di Terapia Cognitivo-Comportamentale) hanno raccolto i dati socio-demografici ed inerenti attuali o pregressi trattamenti farmacologici o psicologici. Gli psicologi hanno somministrato la SCID-I e hanno proposto una batteria di questionari autosomministrati.

I criteri di inclusione ed esclusione scelti per selezionare i soggetti sono i seguenti:

1. Per il gruppo DA: una diagnosi di DA o Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato (EDNOS) secondo il DSM-IV, basata sulla SCID-I.

2. Per il gruppo D A-U: una diagnosi di disturbo d'ansia o dell'umore secondo il (DSM-IV), basata sulla SCID-I, in assenza di sintomi psicotici da almeno un anno.

3. Per il gruppo CS: nessuna diagnosi DSM-IV attuale o pregressa e indice di massa corporea (BMI) nell'ambito dell'intervallo di normalità (18,5-25,0 Kg/m²).

4. Per tutti i partecipanti: età minima di 18 anni, assenza di ritardo mentale, capacità di comprendere adeguatamente la lingua italiana scritta.

Strumenti di misura

Structured Clinical Interview for DSM-IV-I:

Per determinare le diagnosi dei disturbi psichici in Asse I abbiamo somministrato la versione italiana della SCID-I (First et al. 1997; Mazzi et al.,2000), un'intervista strutturata basata sui criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association 2000).

Eating Disorder Examination Questionnaire e valutazione degli episodi di alimentazione incontrollata:

I comportamenti e i sintomi connessi ai DA sono stati esplorati attraverso la somministrazione della Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Tale strumento è costituito da 38 item che indagano le caratteristiche psicopatologiche fondamentali dei DA. Esso è composto da quattro sottoscale: preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per il peso, preoccupazione per la forma e restrizione dietetica. La sottoscala inerente la restrizione dietetica è un insieme di cognizioni e comportamenti inerenti la restrizione alimentare. Le altre tre sottoscale indagano attitudini alimentari disfunzionali e pensieri sopravvalutati inerenti il peso e la forma. Il punteggio globale rappresenta la media dei punteggi delle quattro sottoscale. Numerosi studi hanno attestato l'affidabilità test-retest dell'EDE-Q (Luce et al. 1999; Rea set al. 2006), una buona convergenza con l'intervista EDE (Fairburn et al. 1994; Wilfrey et al. 1997; Mond et al. 2004) e una validità discriminante e concorrente (Fairburn et al. 1993; Williamson et al. 1995).

Per valutare gli episodi di alimentazione incontrollata abbiamo considerato le domande specifiche della SCID-I (First et al. 1997; Mazzi et al. 2000) riguardanti la diagnosi di DA e quelle che riguardavano gli episodi di abbuffata con riferimento alle precedenti quattro settimane.

Dissociation Questionnaire

Per valutare le esperienze dissociative i partecipanti hanno compilato un questionario autosomministrato, la versione italiana del Dissociation Questionnaire (DISQ) (Vanderlinden et al. 1992; Santonastaso et al. 1997) . Questa scala di 63 item è costituita da una selezione di item da tre altri questionari: la Dissociative Experiences Scale (Bernstein e Putnam, 1986), la Perceptual Alteration Scale (Sanders 1986), e il Questionnaire of Experiences of Dissociation (Riley 1988);

sono inoltre stati aggiunti alcuni nuovi item. I soggetti sono invitati a indicare fino a che punto ciascun item è applicabile al loro caso (1 = per nulla, 2 = un pochino, 3 = moderatamente, 4 = abbastanza, 5 = del tutto). Il DISQ è costituita da 4 fattori che rendono conto del 77 % della varianza comune (Vanderlinden et al. 1992): confusione e alterazione dell'identità (che si riferisce ad esperienze di derealizzazione e depersonalizzazione), perdita del controllo su comportamenti, pensieri ed emozioni, amnesia (che si riferisce a esperienze di lacuna mnemonica) e assorbimento (che si riferisce a esperienze di aumentata concentrazione, che si suppone giuochino un ruolo importante nell'ipnosi). Il coefficiente α di *reliability* è 0,96 per la scala totale e 0,94, 0,93, 0,88 e 0,69 per le 4 sottoscale rispettivamente. Il coefficiente di affidabilità test-retest per la scala totale è 0,94, che indica che il DISQ fornisce punteggi che sono stabili nel tempo. Somministrata a un gruppo di 752 soggetti sani (appaiati per età, sesso, livello di istruzione e stato demografico) e a diversi sottogruppi di pazienti psichiatrici, il DISQ ha mostrato di avere una buona validità discriminante e era in grado di distinguere tra soggetti con un disturbo dissociativo e altri soggetti. Il punteggio di cut off di 2,9 ha dimostrato livelli soddisfacenti di sensibilità (85 %) e specificità (88 %) (Vanderlinden et al. 1992).

Multidimensional Perfectionism Scale

Per la valutazione del perfezionismo è stata impiegata una versione italiana della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Frost et al. 1990), già impiegata in altri studi (Sassaroli et al. 2008). Si tratta di un questionario autosomministrato di 35 item basato sulla teoria del perfezionismo. La MPS misura sei dimensioni del perfezionismo, ovvero: il Timore per gli Errori (TE), gli Standard Personali (SP), le Aspettative Genitoriali (AG), il Criticismo Genitoriale, il Dubbio sulle Azioni (DsA) e l'Organizzazione (O). Essa si serve di una scala tipo Likert a 5 punti. Studi psicometrici hanno mostrato che la MPS e la sottoscala preoccupazione per gli errori hanno una adeguata *reliability* (α di Cronbach maggiore di 0,7) (Frost et al. 1990; Parker e Adkins 1995).

Analisi statistica

Le variabili continue sono state presentate come media (\pm DS). Le variabili categoriali sono state espresse in percentuali. Per le variabili categoriali e continue, sono stati applicati rispettivamente i test χ^2 e *t* di Student (analisi della varianza a una via, ANOVA, con test post hoc di Tukey per più di due gruppi). I coefficienti di correlazione sono stati calcolati usando il metodo di Pearson. Un valore di $P < 0,05$ è stato considerato statisticamente significativo.

È stata effettuata una analisi di regressione logistica utilizzando il gruppo diagnostico come variabile dipendente (codificata come Dummy: D A-U = 0, DA = 1). Sono stati inseriti i punteggi di DIQ Totale e MPS Totale come variabili indipendenti.

È stata, inoltre, effettuata un'analisi di regressione multipla lineare per valutare l'effetto delle esperienze dissociative e del perfezionismo sulla frequenza di abbuffate (variabile dipendente). L'analisi è stata effettuata impiegando il genere come variabile di controllo e le misure di BMI, sottoscala DISQ Perdita di Controllo, sottoscale MPS TE, AG e CG come variabili indipendenti, in quanto queste, tra quelle di interesse, hanno mostrato una relazione significativa con il numero di abbuffate, applicando il metodo di Pearson.

È stata infine effettuata un'analisi di regressione multipla lineare, per studiare il rapporto tra esperienze dissociative (DISQ Totale come variabile dipendente) e perfezionismo. Sono sta-

te inserite il genere e il BMI come variabili di controllo e le misure di perfezionismo sottoscale MPS TE, SP, CG e DsA come variabili indipendenti in quanto queste, tra quelle di interesse, hanno mostrato una relazione significativa con la dissociazione, applicando il metodo di Pearson.

Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando SPSS per Windows 14.0 (SPSS, Chicago, IL).

Risultati

Analisi descrittiva – confronto tra i tre gruppi

Il campione di 106 pazienti con DA presentava un'età media di $32,1 \pm 10,5$ anni. Trentaquattro (32,1 %) sono stati classificati con diagnosi di Anoressia Nervosa, 36 (34,0 %) con diagnosi di Bulimia Nervosa (BN), e 36 (34,0 %) con diagnosi di DA EDNOS.

Il campione di 70 pazienti D A-U presentava un'età media di $35,6 \pm 10,2$ anni. Quarantadue (60,0 %) hanno ricevuto diagnosi di disturbo d'ansia e 28 (40,0 %) di disturbo dell'umore.

Abbiamo inoltre reclutato 32 soggetti CS, di età media $32,8 \pm 3,9$ anni.

I risultati dell'analisi dei dati demografici hanno mostrato che i gruppi DA, D A-U e CS non differiscono rispetto ad età, scolarità, stato civile e BMI. Si sono rilevate invece delle differenze riguardo a grado di occupazione (part-time o full-time nei sei mesi precedenti allo studio) e genere. I gruppi DA e D A-U non differiscono fra loro per occupazione ($\chi^2 0,779, p = 0,871$), mentre il gruppo CS mostra un livello di occupazione maggiore (vedi **Tabella 1**). Il gruppo DA mostra una maggiore prevalenza di femmine rispetto ai due gruppi di controllo.

Il gruppo DA ha evidenziato punteggi medi più elevati rispetto ad entrambi i gruppi di controllo sia all'EDEQ Totale che nelle quattro sottoscale dell'EDEQ ($p < 0,01$ in tutti i confronti al test post hoc). Non si è riscontrata invece una differenza statisticamente significativa tra gruppo D A-U e gruppo CS riguardo ai punteggi dell'EDEQ Totale e delle quattro sottoscale dell'EDEQ ($p > 0,05$ in tutti i confronti al test post hoc). Il gruppo DA ha mostrato livelli medi più elevati di esperienze dissociative sia al DISQ Totale che nelle quattro sottoscale del DISQ rispetto al campione di CS ($p < 0,01$ in tutti i confronti al test post hoc), mentre ha mostrato livelli più elevati al DISQ Totale e alle sottoscale del DISQ Confusione di Identità e Perdita di Controllo rispetto al gruppo D A-U ($p < 0,01$ al test post hoc). Non sono state invece riscontrate

Tabella 1. *Variabili demografiche*

Variabili	DA (n = 106)	D A-U (n = 70)	CS (n = 32)	χ^2/F	p
Genere (F)	98 (92,5%)	49 (70,0%)	22 (68,8%)	17,83	< 0,01
Età (aa)	$32,1 \pm 10,5$	$35,6 \pm 8,2$	$32,8 \pm 3,9$	2,71	0,069
Scolarità (aa)	$13,7 \pm 3,0$	$14,8 \pm 3,1$	$14,3 \pm 2,6$	2,85	0,060
Occupazione	69 (65,1%)	47 (67,1%)	30 (93,8%)	10,12	< 0,01
Stato civile coniugato	40 (37,7%)	36 (51,4%)	16 (50,0%)	3,71	0,156
BMI	$24,4 \pm 9,0$	$22,2 \pm 2,8$	$22,2 \pm 1,8$	2,75	0,066

Abbreviazioni: DA: gruppo Disturbi Alimentari, D A-U: gruppo Disturbi d'Ansia e dell'Umore, CS: gruppo Controlli Sani, BMI: Indice di Massa Corporea. Statistica: Media \pm DS per età, scolarità, BMI; numero e percentuale nel gruppo per le altre variabili; χ^2 per distribuzione di genere, occupazione e stato civile, ANOVA per le altre variabili

Tabella 2. *Punteggi psicometrici*

Variabili	DA (n = 106)	D A-U (n = 70)	CS (n = 32)	F	p
EDE-Q Totale	3,12** (± 1,39)	0,96 (± 0,80)	0,61 (± 0,53)	107,80	< 0,01
EDE-Q Alimentazione	2,77** (± 1,78)	0,41 (± 0,52)	0,34 (± 0,46)	83,93	< 0,01
EDE-Q Peso	3,19** (± 1,59)	1,11 (± 1,01)	0,66 (± 0,62)	76,49	< 0,01
EDE-Q Forma	3,65** (± 1,67)	1,46 (± 1,15)	0,88 (± 0,84)	75,74	< 0,01
EDE-Q Restrizione	2,88** (± 1,85)	0,88 (± 1,13)	0,59 (± 0,62)	51,43	< 0,01
DIS-Q Totale	2,09** (± 0,67)	1,80* (± 0,48)	1,40 (± 0,32)	19,17	< 0,01
DIS-Q Confusione d'Identità	2,05** (± 0,95)	1,67* (± 0,53)	1,27 (± 0,30)	14,70	< 0,01
DIS-Q Perdita di Controllo	2,32** (± 0,78)	1,96* (± 0,60)	1,49 (± 0,42)	19,80	< 0,01
DIS-Q Amnesia	1,67* (± 0,68)	1,54* (± 0,47)	1,23 (± 0,46)	7,17	< 0,01
DIS-Q Assorbimento	2,68* (± 0,89)	2,50* (± 0,54)	2,09 (± 0,76)	6,39	< 0,01
MPS Totale	103,98* (± 23,71)	104,47* (± 20,43)	85,59 (± 23,80)	8,15	< 0,01
MPS Timore Errori	27,16* (± 9,16)	26,60* (± 8,27)	20,25 (± 8,04)	8,07	< 0,01
MPS Standard Personali	21,26* (± 6,21)	22,30* (± 7,69)	18,13 (± 6,02)	4,28	< 0,05
MPS Aspettative Genitoriali	13,00* (± 5,77)	13,33* (± 5,37)	10,31 (± 5,40)	3,52	< 0,05
MPS Criticismo Genitoriale	10,43* (± 3,99)	10,41* (± 3,63)	8,06 (± 3,07)	5,39	< 0,01
MPS Dubbio su Azioni	10,88* (± 3,74)	11,33* (± 3,41)	8,47 (± 2,95)	7,66	< 0,01
MPS Organizzazione	21,15 (± 6,15)	20,50 (± 6,44)	21,38 (± 5,81)	0,31	0,731

Abbreviazioni: DA: gruppo Disturbi Alimentari, D A-U: gruppo Disturbi d'Ansia e dell'Umore, CS: gruppo Controlli Sani.

Statistica: Media (± SD), ANOVA, test post hoc di Tukey HSD per differenze tra tre gruppi: (**) punteggio più alti rispetto agli altri due gruppi, (*) punteggio più alto rispetto al gruppo CS.

differenze significative tra i due gruppi clinici alle sottoscale del DISQ Amnesia e Assorbimento ($p = 0,385$ e $p = 0,377$, rispettivamente, al test post hoc). Inoltre, il gruppo D A-U ha presentato punteggi significativamente più elevati di esperienze dissociative sia al DISQ Totale che nelle sue sottoscale rispetto al gruppo CS ($p < 0,01$ al test post hoc in tutti i confronti, eccetto che per la sottoscala Assorbimento, in cui risulta $p < 0,05$).

Il gruppo DA ha mostrato livelli medi più elevati di perfezionismo, come misurato dalla MPS Totale e dalle sue sottoscale TE, SP, AG, CG, DsA, rispetto al gruppo CS ($p < 0,01$ al test post hoc in tutti i confronti, eccetto che per le sottoscale SP e AG, in cui risulta $p < 0,05$). Non si sono riscontrate differenze tra il gruppo DA e il gruppo CS rispetto alla sottoscala O ($p = 0,997$ al test post hoc). Il gruppo DA non ha mostrato, invece, differenze significative rispetto al gruppo D A-U nell'ambito delle misure di perfezionismo (al test post hoc: $p = 0,794$ per MPS Totale,

$p = 0,965$ per TE, $p = 0,723$ per SP, $p = 0,973$ per AG, $p = 0,582$ per CG, $p = 0,794$ per DsA, $p = 0,879$ per O). Il gruppo D A-U ha presentato valori di perfezionismo significativamente più elevati rispetto al gruppo CS sia per l'MPS Totale, che per le sue sottoscale ($p < 0,01$ per tutti i confronti post hoc, eccetto SP e AG, in cui risulta $p < 0,05$), eccetto la sottoscala O ($p = 0,873$ al test post hoc). Le variabili psicometriche sono presentate in **Tabella 2**.

Infine, i nostri dati hanno indicato che 12 (11,3 %) pazienti nel gruppo DA, 2 (2,9 %) pazienti nel gruppo D A-U e nessun soggetto nel gruppo CS hanno presentato sintomi dissociativi gravi, superando il punteggio cut off del DISQ Totale ($> 2,90$) ($\pm 7,540$, $p < 0,05$).

Distinzione tra gruppo DA e gruppo D A-U basata sulla dissociazione

Nel modello di regressione logistica applicato, in cui l'appartenenza al gruppo DA è variabile dipendente, il punteggio alla DISQ Totale mostra di avere valore significativamente predittivo di appartenenza a tale gruppo. Il modello è presentato in **Tabella 3**.

Effetti di dissociazione e perfezionismo sugli episodi di abbuffata nel gruppo DA

Il numero medio di episodi di alimentazione incontrollata nell'arco di quattro settimane nel gruppo DA è stato di 8,73 ($\pm 10,01$). Non sono risultate differenze nel numero di abbuffate in funzione della distribuzione per sesso (femmine $8,93 \pm 10,01$, maschi $6,25 \pm 10,32$; $t = 0,726$; $p = 0,469$). Attraverso il metodo di Pearson, non si sono trovate correlazioni tra numero medio di abbuffate ed età ($r = -0,008$; $p = 0,932$) o scolarità ($r = 0,013$; $p = 0,895$), ma si è rilevata una correlazione con il BMI ($r = 0,214$; $p < 0,05$).

Attraverso il metodo di Pearson, abbiamo trovato una correlazione tra il numero di abbuffate e il punteggio di EDEQ Totale ($r = 0,465$; $p < 0,01$) e sottoscale Alimentazione ($r = 0,649$; $p < 0,01$), Peso ($r = 0,377$; $p < 0,01$) e Forma ($r = 0,378$; $p < 0,01$). Non abbiamo rilevato un'analogia correlazione con la sottoscala Restrizione ($r = 0,106$; $p = 0,280$).

Tabella 3. *Analisi di regressione logistica indicante l'appartenenza al gruppo DA (variabile dipendente)*

N = 176					
Variabili	B	p	Exp(B)	95.0 % C.I. per Exp(B)	
				Lower	Upper
Constant	-0,444	0,586	0,641	-	-
MPS Totale	-0,011	0,157	0,989	0,974	1,004
DISQ Total	1,028	0,001	2,796	1,490	5,247

Abbreviazioni: C.I.: Intervallo di Confidenza.

Tabella 4. Determinanti del numero di episodi di abbuffata (variabile dipendente) in analisi di regressione multipla lineare

N = 106; R² = 0,183; Adjusted R² = 0,134; S.E. = 9,316			
Variabili	Beta	t	P
Constant		-2,181	0,032
Genere	-0,083	-0,838	0,404
BMI	0,226	2,293	< 0,050
MPS Timore Errori	0,030	0,264	0,793
MPS Aspettative Genitoriali	0,000	-0,001	0,999
MPS Criticismo Genitoriale	0,197	1,469	0,145
DISQ Perdita di Controllo	0,216	2,165	< 0,050

Abbreviazioni: S.E.: Errore Standard

Il numero medio di abbuffate in quattro settimane, attraverso il metodo di Pearson, è risultato, inoltre, correlato al punteggio di DISQ Totale ($r = 0,193$; $p < 0,05$) e sottoscala Perdita di Controllo ($r = 0,288$; $p < 0,01$). Non ha invece dimostrato valori significativi la relazione con le sottoscale Confusione di Identità ($r = 0,190$; $p = 0,052$), Amnesia ($r = 0,176$; $p = 0,071$) e Assorbimento ($r = 0,006$; $p = 0,950$).

Il numero di episodi di alimentazione incontrollata si è inoltre dimostrato in relazione con alcune sottoscale della MPS, attraverso il metodo di Pearson, in particolare TE ($r = 0,200$; $p < 0,05$) AG ($r = 0,195$; $p < 0,05$), CG ($r = 0,308$; $p < 0,01$). Non si è invece osservata una correlazione statisticamente significativa con il punteggio MPS Totale ($r = 0,179$; $p = 0,066$) e con le sottoscale SP ($r = 0,040$; $p = 0,683$), DsA ($r = 0,089$; $p = 0,362$) e O ($r = -0,071$; $p = 0,468$).

In un modello di regressione multipla lineare sono stati inseriti il numero medio di abbuffate nelle ultime quattro settimane come variabile dipendente, il genere come variabile di controllo e le misure di BMI, sottoscala DISQ Perdita di Controllo, sottoscale MPS TE, AG e CG come variabili indipendenti. Questo modello (esposto in **Tabella 4**) ha mostrato che solo la sottoscala DISQ Perdita di Controllo ($\hat{a} = 0,216$; $t = 2,165$; $p < 0,050$) e la misura del BMI ($\hat{a} = 0,226$; $t = 2,293$; $p < 0,050$) presentavano una relazione statisticamente significativa con il numero di abbuffate.

Correlazione tra dissociazione e perfezionismo clinico nel gruppo DA

Nel gruppo di pazienti affetti da DA, i nostri risultati hanno mostrato una relazione tra esperienze dissociative e perfezionismo clinico. In **Tabella 5** sono riportati i dati inerenti, ottenuti attraverso l'applicazione del metodo di Pearson.

Tabella 5. Correlazione bivariata tra dissociazione e perfezionismo nel gruppo di pazienti DA

Variabili <i>r</i> di Pearson N = 106	DISQ Totale	DISQ Confusione d'Identità	DISQ Perdita di Controllo	DISQ Amnesia	DISQ Assorbimento
MPS Totale	0,400**	0,519**	0,353**	0,232*	0,303**
MPS Timore Errori	0,425**	0,450**	0,388**	0,245*	0,360**
MPS Standard Personali	0,243*	0,358**	0,191*	0,073	0,213*
MPS Aspettative Genitoriali	0,093	0,202*	0,129	0,094	0,063
MPS Criticismo Genitoriale	0,287**	0,378**	0,278**	0,236*	0,150
MPS Dubbio su Azioni	0,538**	0,631**	0,482**	0,330**	0,349**
MPS Organizzazione	0,067	0,162	-0,002	0,020	0,033

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabella 6. Relazione tra esperienze dissociative (DISQ Totale variabile dipendente) e perfezionismo clinico in analisi di regressione multipla lineare

N = 106; $R^2 = 0,340$; Adjusted $R^2 = 0,300$; S.E. = 0,562			
Variabili	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Constant		3,144	< 0,01
Genere	-0,092	-1,029	0,306
BMI	0,033	0,356	0,723
MPS Timore Errori	0,155	1,417	0,160
MPS Standard Personali	-0,148	-1,327	0,188
MPS Criticismo Genitoriale	0,143	1,188	0,238
MPS Dubbio su Azioni	0,435	4,259	< 0,01

Abbreviazioni: S.E.: Errore Standard

In un modello di regressione multipla lineare sono state inserite la frequenza di esperienze dissociative (DISQ Totale) come variabile dipendente, il genere e il BMI come variabili di controllo e le misure di perfezionismo sottoscale MPS TE, SP, CG e DsA come variabili indipendenti. Questo modello ha mostrato che solo la sottoscala MPS DsA ($\hat{a} = 0,435$; $t = 4,259$; $p < 0,01$) presentava una relazione statisticamente significativa con le esperienze dissociative.

Discussione

Il presente studio ha evidenziato l'importanza della dissociazione nell'ambito dei DA (Waller et al. 2005). I livelli medi di esperienze dissociative da noi misurati sono paragonabili a quelli risultanti dall'analisi di Vanderlinden (2003), sia per i DA che per il gruppo CS. Come ipotizzato, è stato possibile evidenziare un trend crescente riguardo alle esperienze dissociative nell'ambito dei tre gruppi studiati: per il DISQ Totale e le sottoscale Confusione di Identità e Perdita di Controllo il gruppo DA ha mostrato punteggi medi più elevati rispetto al gruppo D A-U e questo ultimo ha mostrato punteggi significativamente più elevati rispetto al gruppo CS. Per le sottoscale DISQ Amnesia e Assorbimento, invece, i due gruppi clinici hanno risultati tra loro simili, ma superiori a quelli mostrati dai CS.

La presenza di livelli di dissociazione in soggetti sani e in pazienti psichiatrici con disturbi d'ansia e dell'umore è coerente con quanto evidenziato da precedenti ricerche, sia su campioni psichiatrici che nella popolazione generale (Ross et al. 1990; Vanderlinden et al. 1993; Kihlstrom et al. 1994; Horen et al. 1995), tuttavia è da sottolineare la più forte tendenza a manifestare sintomi dissociativi nell'ambito dei pazienti DA, rispetto agli altri pazienti.

La valutazione del perfezionismo clinico ha mostrato valori più elevati per il gruppo DA rispetto a quello dei CS (Kaye et al. 2004) per tutte le dimensioni di perfezionismo investigate, a parte la sottoscala O. Non si sono invece riscontrate differenze significative tra i due gruppi clinici presi in esame. Tale dato è coerente con alcune precedenti ricerche (Cockell et al. 2002; Bulik et al. 2003), ma è in contrasto con altri studi, che indicano una maggiore specificità diagnostica nei DA per la sottoscala Timore per gli Errori (Bulik et al. 2003, Sassaroli et al. 2008).

Il gruppo D A-U ha mostrato livelli di perfezionismo più elevati rispetto al gruppo CS, coerentemente con quanto indicato da numerosi dati di letteratura (Bardone-Cone et al. 2007).

Il ruolo della dissociazione nell'ambito dei DA è ulteriormente sottolineato dal dato che indica come i livelli di esperienze dissociative abbiano valore predittivo sull'appartenenza al gruppo diagnostico DA, rispetto ai controlli psichiatrici, in confronto alla misura di perfezionismo.

Per quanto concerne il nostro secondo obiettivo, abbiamo trovato una relazione significativa tra numero di abbuffate e psicopatologia alimentare, in accordo con la teoria cognitivo-comportamentale sui DA (Fairburn et al. 2003). I nostri dati tuttavia mettono in luce l'importanza della dissociazione e del perfezionismo e dei loro effetti sugli episodi di alimentazione incontrollata. In accordo con i dati di Vanderlinden (1993), che non evidenziano alcuna pattern specifico di dissociazione nei DA, l'analisi preliminare da noi effettuata ha mostrato una relazione significativa tra numero di abbuffate e livelli generali di dissociazione (DISQ Totale). Si è inoltre rilevata una relazione significativa tra frequenza della abbuffate e le sottoscale di perfezionismo TE, AG e CG. Questo risultato appare in accordo con la precedente ricerca, che ipotizza il ruolo del perfezionismo come elemento distale fondamentale nella catena causa-effetto che conduce all'abbuffata nell'ambito della "Escape Theory" (Joiner et al. 1997; Vohs et al. 1999; Bardone-Cone et al. 2006). Bardone-Cone ha infatti ipotizzato che la confluenza di elevato perfezionismo, scarsa autostima ed elevata insoddisfazione corporea possa produrre la base per il sentimento negativo postulato dalla "Escape Theory", dal quale si innesca poi il tentativo di "fuga".

Il risultato dell'analisi multivariata di regressione lineare, che indica una chiara relazione tra le esperienze dissociative di perdita di controllo e gli episodi di alimentazione incontrollata, conferma quanto ipotizzato, sottolineando il ruolo della dissociazione rispetto alle variabili di perfezionismo. Esso appare, inoltre, in linea con le teorie esplicative "*mood modulation*" ed

“*escape*” e conferma precedenti ricerche (McCallum et al. 1992; Vanderlinden et al. 1993; Everill et al. 1995). La correlazione tra frequenza di abbuffate e BMI può essere spiegata in ragione della prevalenza relativamente alta nel nostro campione di pazienti affette da AN di tipo restrittivo.

Il terzo obiettivo del nostro studio ha riguardato la valutazione del rapporto tra dissociazione e perfezionismo clinico nei pazienti con DA. I dati risultanti hanno sottolineato una chiara relazione tra tali variabili, in particolare per quanto riguarda le dimensioni del perfezionismo TE, SP, CG e DsA. Questa ultima dimensione è quella che in analisi multivariata ha dimostrato la relazione più significativa con le esperienze dissociative. Non ci risultano altri studi che abbiano valutato specificatamente il rapporto tra queste variabili, la cui significatività, nella nostra analisi, potrebbe essere semplicemente motivata dalla relazione di entrambe con la psicopatologia generale.

Si ritiene comunque possibile che il rapporto tra dissociazione, perfezionismo e sintomatologia alimentare (episodi di alimentazione incontrollata in particolare), che la presente ricerca evidenzia, possa essere spiegato attraverso molteplici prospettive. La teoria cognitivo-comportamentale di mantenimento della BN sostiene che la sintomatologia alimentare, ad eccezione dell'alimentazione incontrollata, discenda dai contenuti psicopatologici di ipervalutazione dell'alimentazione, del peso e della forma corporea, insieme con il perfezionismo. Gli episodi di abbuffata, invece, deriverebbero dalla tendenza alla restrizione alimentare e dalle modalità con cui essa viene effettuata. Le trasgressioni alla rigida restrizione dietetica, inevitabili, sono interpretate negativamente e seguite dalla temporanea rinuncia a persistere nella restrizione. Le trasgressioni alla dieta e le abbuffate, inoltre, sono generalmente precedute da stati affettivi negativi, che i pazienti tendono a gestire attraverso un comportamento disfunzionale (alimentazione incontrollata) che riduce la coscienza degli stati affettivi scatenanti e pertanto, nonostante il costo personale, viene rinforzato. La “*Escape Theory*” (Heatherton e Baumeister 1991) postula che i pazienti soggetti ad alimentazione incontrollata siano caratterizzati da bassa autostima e standard eccessivamente elevati, pertanto essi tendano ad autovalutazioni negative, concentrandosi sui propri fallimenti e generando stati affettivi negativi. Da tali stati affettivi si verificherebbe il tentativo di “*fuga*”, attraverso un processo di “*cognitive narrowing*”, che consentirebbe di stabilirsi ad un livello di attenzione/coscienza più basso, prossimo ad elementi somatici immediati o a stimoli ambientali e lontano dai propri standard perfezionistici. Il costo del processo di restringimento cognitivo sarebbe rappresentato dalla perdita temporanea di funzioni elevate, tra cui l'inibizione di comportamenti precedentemente controllati.

Si ipotizza, dunque, che lo spostamento ad un livello più basso di coscienza, che molti autori equiparano al concetto clinico di dissociazione, possa facilitare lo scatenarsi di episodi di alimentazione precedentemente inibiti soprattutto in quei soggetti più fortemente caratterizzati da tratti di perfezionismo. In accordo con la “*mood modulation theory*” la dissociazione potrebbe quindi coesistere con i sintomi bulimici come un fenomeno separato con la stessa funzione (ridurre l'intensità di stati affettivi negativi), oppure, in accordo con la “*Escape Theory*”, potrebbe facilitare l'innescarsi di abbuffate, consentendo temporaneamente ai pazienti di non dover gestire le conseguenze a lungo termine delle loro azioni (aumento di peso, colpa, autovalutazioni negative rispetto a standard perfezionistici).

La presente ricerca ha importanti implicazioni cliniche. Sottolineando che le abbuffate si verificano maggiormente in soggetti con elevati livelli di dissociazione, la nostra ricerca punta l'attenzione sugli interventi terapeutici mirati a aiutare i pazienti a tollerare gli stati affettivi negativi o ad aumentare i propri livelli di autocoscienza, prevenendo le esperienze dissociative. Quindi, per ridurre i comportamenti bulimici o altri comportamenti impulsivi, che con facilità si sostituiscono a questi e si dimostrano correlati sia alla dissociazione che al perfezionismo

(Demitrack et al. 1990; Favaro et al. 2005; Davies e Jamieson 2005), la futura attività clinica potrebbe doversi interessare direttamente delle esperienze dissociative. Inoltre, potrebbe essere necessario considerare i fenomeni dissociativi ed il perfezionismo in qualità di obbiettivi clinici anche in ragione delle loro conseguenze negative sul piano della prognosi (Sutandar-Pinnock et al. 2003; Spitzer et al. 2007). Il trattamento psichiatrico in generale e la psicoterapia in particolare evocano stati emotivi di elevata intensità. Nei soggetti che reagiscono a tali emozioni con esperienze di distacco e di passaggio a livelli più bassi di coscienza, è probabile che si possano avere ricadute negative sull'esito del trattamento. Infine la presenza di esperienze dissociative e sintomi bulimici sembra essere particolarmente suggestiva di una storia di eventi traumatici precoci (McCallum et al. 1992), pertanto potrebbe essere indispensabile dover gestire le conseguenze cognitive di tali eventi. Dunque, la dissociazione può influenzare direttamente la sintomatologia alimentare e indirettamente il processo di cura.

I nostri dati devono essere osservati tenendo conto di una serie di limitazioni metodologiche. In primo luogo, scegliendo di arruolare campioni di pazienti escludendo i casi di comorbidità abbiamo aumentato la specificità dei risultati nell'ambito dei DA, tuttavia è largamente riconosciuto che la maggior parte dei soggetti con DA ha in aggiunta una ulteriore diagnosi in Asse I. Depressione, ansia e dipendenza da sostanze sono le tre categorie più frequentemente associate (Grilo et al. 1996). Per tali ragioni, è difficile generalizzare i nostri risultati all'intera popolazione di DA. In secondo luogo, non abbiamo effettuato diagnosi di Disturbo Dissociativo. La percentuale di pazienti DA nel nostro campione che ha superato il cut off del DISQ (indicativo di un probabile Disturbo Dissociativo) è analoga a quella individuata da studi precedenti (Vanderlinden et al. 1993). In terzo luogo, gli episodi di abbuffata sono stati riportati dai partecipanti allo studio e non confermati da un osservatore o da un diario alimentare, che avrebbero fornito una validazione esterna alle misure effettuate. Infine, avendo un disegno trasversale, la nostra ricerca non può descrivere le caratteristiche del rapporto temporale tra dissociazione e abbuffata (Engelberg et al. 2007). Studi futuri dovrebbero avere un'ottica longitudinale, per poter vagliare tali elementi.

Bibliografia

- Abraham, SF, Beumont, PJV (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine* 12, 625-635.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC
- Bardone-Cone AM, Abramson LY, Vohs KD, Heatherton TF, Joiner Jr. TE (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy* 44, 27-42.
- Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, Simonich H (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review* 27, 384-405.
- Bernstein EM, Putnam FW (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174:727-35.
- Beumont PJV (1988). Bulimia: Symptoms, syndrome, and predicament. In: Pirke KM, Vandereycken W, Ploog D, editors. *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*. Berlin: Springer-Verlag, pp. 2-9.
- 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.

- Chandarana P, Malla A (1989). Bulimia and dissociative states: a case report. *Can J Psychiatry* 34, 137-139.
- Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GL (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 26, 745-758.
- Cools J, Schotte DE, McNally RJ (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *J Abnorm Psychol* 101, 348-351.
- Covino NA, Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Frankel FH (1994). Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 103, 455-459.
- Dalle Grave R, Olios M, Todisco P, Vanderlinden J (1997). Self-reported traumatic experiences and dissociative symptoms with and without binge-eating disorder. *Eat Disord* 5, 105-109
- Davis R, Jamieson J (2005). Assessing the functional nature of binge eating in the eating disorders. *Eating Behaviors* 6, 345-354.
- Deaver CM, Miltenberger RG, Smyth J, Meidinger A, Crosby R (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behav Modif* 27, 578-599.
- Demitrack MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA, Gold PW (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *Am J Psych* 147, 1184-1188.
- Engelberg MJ., Steiger H, Gauvin L., Wonderlich SA (2007). Binge Antecedents in Bulimic Syndromes: An Examination of Dissociation and Negative Affect. *Int J Eat Disord* 40, 531-536.
- Everill J, Waller G, Macdonald W (1995). Dissociation in Bulimic and Non-Eating-Disordered Women. *Int J Eat Disord* 17, 127-134.
- Fairburn CG, Beglin SJ (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 16:363-70.
- Fairburn CG, Cooper Z (1993). The eating disorder examination. In: Wilson GT, Fairburn CG, editors. *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. 12th ed. Guilford Press, New York
- Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther* 41, 509-28.
- Fairburn CG (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. The Guilford Press, New York.
- Favaro A, Zanetti T, Tenconi E, Degortes D, Ronzan A, Veronese A (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders* 13, 61-70.
- 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, New York.
- Fontanelle LF, Domingues AM, Souza WF, Mendlowicz MV, de Menezes GB, Figueira IL, Versiani M. (2007). History of Trauma and Dissociative Symptoms among Patients with Obsessive-compulsive Disorder and Social Anxiety Disorder. *Psychiatr Q* 78, 241-250.
- Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research* 14, 449-468.
- Goldner EM, Cockhill LA, Bakan R, Birmingham CL (1991). Dissociative experiences in eating disorders. *Am J Psych* 148, 1274-1275.
- Grilo CM, Levy KN, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH (1996). Comorbidity of DSM-III-R axis I and II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatr Serv* 47:426-9.
- Hallings-Pott C, Waller G, Watson D, Scragg P (2005). State dissociation in bulimic eating disorders: an experimental study. *Int J Eat Disord* 38. 37-41.
- Hawkins RC, Clement PF (1994). Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. In: Hawkins RC, Fremouw WJ, Clement PF, editors. *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment, and Research*. Springer, New York.

- Heatherton TF, Strieppe M, Wittenberg L (1998). Emotional distress and disinhibited eating: The role of self. *Pers Soc Psychol Bull* 24, 301–313.
- Heatherton TF, Baumeister RF (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin* 110, 86–108.
- Heatherton TF, Polivy J, Herman CP, Baumeister RF (1993). Selfawareness, task failure, and disinhibition: How attentional focus affects eating. *Journal of Personality* 61, 48–21.
- Herman CP, Polivy J (1998). Restraint and excess in dieters and bulimics. In: Pirke K., Vandereycken W., Ploog D., *The Psychobiology of Bulimia*. Springer-Verlag, Berlin.
- Higgins ET (1987). Self-discrepancy: a theory relating self to affect. *Psychol Rev* 94, 319-40.
- Horen SA, Leichener PP, Lawson JS (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 40: 185-91.
- Johnson C, Connors ME (1987). *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa*. Basic Books, New York
- Johnson C, Lewis C, Hagman J (1984). The syndrome of bulimia: Review and synthesis. *Psychiatr Clin North Am* 7, 247–273.
- Johnson WG, Schlundt DG, Barclay DR, Carr-Nangle RE, Engler LB (1995). A naturalistic functional analysis of binge eating. *Behav Ther* 26, 101–118.
- 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.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 161, 2215-2221.
- Kihlstrom JF, Glisky ML, Angiulo MJ (1994). Dissociative Tendencies and Dissociative Disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 117-124.
- La Mela C, Lucarelli S, Galassi F (2004). Sintomi derealizzativi e patterns di attaccamento nel Disturbo di Panico. XII Congresso Nazionale SITCC; Verona 2004
- La Mela C, Maglietta M, Castellini G, Amoroso L, Lucarelli S (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Compreh Psych* 51, 393–400.
- Le Grange D, Gorin A, Catley D, Stone A (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview? *Eur Eat Disord Rev* 9, 309–324.
- Luce KH, Crowther JH (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination–Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat Disord* 25, 349-51.
- Lyubomirsky S, Casper RC, Sousa L (2001). What triggers abnormal eating in bulimic and nonbulimic women? The role of dissociative experiences, NA, and psychopathology. *Psychology of Women Quarterly* 25, 223–232.
- Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Bussetti M, Guaraldi GP (2000). SCID. Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- McCallum KE, Lock J, Kulla M, Rorty M, Wetzel RD (1992). Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation* 5, 227–235.
- McManus F, Waller G (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review* 15, 845–863.
- Meyer C, Waller G, Waters A (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. Wiley, New York.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ (2004). Temporal stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *Int J Eat Disord* 36, 195-203.
- Nemiah JC (1980). Dissociative disorders, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd ed, vol 2. Edited

- by Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J. Williams & Wilkins, Baltimore. Orleans CT, Barnett LR (1984). Bulimarexia: Guidelines for behavioural assessment and treatment. In: Hawkins R.C., Fremouw W.J., & Clement P.F., *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment, and Research*. Spinger, New York.
- Parker WD, Adkins KK (1995). A psychometric examination of the multidimensional perfectionism scale. *J of Psychopath and Behav Asses* 17, 305-321.
- Reas DL, Grilo CM, Masheb RM (2006). Reliability of the Eating Disorder Examination–Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behav Res Ther* 44, 43-51.
- Reto CS, Dalenberg CJ, Coe MT (1993). Dissociation and physical abuse as predictors of bulimic symptomatology and impulse dysregulation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 1, 226–239.
- Riley KC (1988). Measurement of dissociation. *J Nerv Ment Dis* 276, 49-450.
- Rosen EF, Petty LC (1994). Dissociative states and disordered eating. *American Journal of Clinical Hypnosis* 36, 266–275.
- Ross CA, Joshi S, Currie R (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry* 147, 1547-1552.
- Rufus M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 75, 40-46.
- Sanders S (1986) The perceptual alteration scale: a scale measuring dissociation. *Am J Clin Hypn* 29, 137-42.
- Santonastaso P, Favaro A, Olivotto MC, Friederici S (1997) Dissociative experiences and eating disorders in a female college sample. *Psychopathology* 30, 170-6.
- Sar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakim B, Baral I, (2000). Frequenc of Dissociative Disorders Among Psychiatric Outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry* 41, 3, 216-222.
- Sassaroli S, Lauro LJ, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behav Res Ther* 46, 757-65.
- Sassaroli S, Ruggiero GM (2005). The role of stress between low self-esteem, perfectionism and worry and eating disorders. *Int J Eat Disord* 37, 2, 135-41.
- Schupak-Neuberg E, Nemeroff CJ (1993). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for perspective of “body as self”. *Int J Eat Disord* 13, 335–347.
- Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 40, 773-791.
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ, (2007). Dissociation predicts symptoms-related treatment outcome in short term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psych* 41, 682-7.
- Steiger H, Gauvin L, Engelberg MJ, Ng Ying Kin NM., Israel M, Wonderlich SA (2005). Mood- and restraint-based antecedents to binge episodes in Bulimia Nervosa: Possible influences of the serotonin system. *Psychol Med* 35,1553–1562.
- Stice E (1994). Review of the evidence for sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clin Psychol Rev* 14, 633–661.
- Sutandar-Pinnock K, Woodside DB, Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *Int J Eat Dis* 33, 225-229.
- Torem, M (1986). Dissociative states presenting as an eating disorder. *Am J Clin Hypn* 29, 137-142.
- Tuschen-Caffier B, Vögele C (1999). Psychological and physiological reactivity to stress: An experimental study on bulimic patient, restrained eaters, and controls. *Psychother Psychosom* 68, 333–340.
- Valdiserri S, Kihlstrom JF (1995). Abnormal eating and dissociative experiences. *Int J Eat Dis* 17, 373–380.
- Vanderlinden J, Van Dyck R, Vertommen H, Vandereycken W (1992) De dissociation questionnaire (DIS-

- Q). Ontwikkeling en karakteristieken van een dissociatievragenlijst (Development and characteristics of a dissociation questionnaire). *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie* 47, 134-47.
- Vanderlinden J, Vandereycken W (1988). The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Int J Eat Dis* 7, 673-679.
- Vanderlinden, J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen, H (1993). Dissociation and Traumatic Experiences in the General Population of the Netherlands. *Hosp Commun Psych* 44, 786-788.
- Vohs K.D, Bardone AM, Joiner TE, Abramson LY, Heatherton TF (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptom development. *J Abnor Psychol* 108, 695-700.
- Waller G, Babbs M, Wright F, Potterton C, Meyer C, Leung N (2005). Somatoform dissociation in eating disordered patients. *Behav Res Ther* 41, 619-627
- Wegner KE, Smyth JM, Crosby RD, Wittrock D, Wonderlich SA, Mitchell JE (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *Int J Eat Disord* 32, 352-361.
- Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: interview or self-report? *Behav Res Ther* 35, 1151-9.
- Williamson DA, Anderson DA, Jackman LP, Jackson SR (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviours. In: Allison DB, editor. *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems: measures, theory and research*. Thousand Oaks; Sage.