



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



il Pellicano

Associazione per i disturbi
del comportamento alimentare

Facoltà di Psicologia 2

La disregolazione emozionale nei disturbi dell'alimentazione

*Caterina Lombardo, Lucrezia Maccioli,
Assunta Pierotti, Aldo Stella*

Disturbi dell'alimentazione (DSM-IV-TR):

Anoressia nervosa (AN) (prevalenza 0,5-1%)

- Il rifiuto di mantenere un peso adeguato
- L'eccessiva preoccupazione di essere grassi o di ingrassare
- L'autostima dipendente dalla forma fisica e dal peso
- Peso corporeo inferiore all'85% di quello appropriato per l'altezza e l'età (oppure BMI inferiore a 18)
- Amenorrea da almeno tre mesi

Bulimia Nervosa (BN) (Prevalenza 1-3%)

- Episodi di abbuffate e condotte di compenso almeno 2 volte alla settimana per almeno 3 mesi.
- Rifiuto di mantenere un peso adeguato, eccessiva preoccupazione di essere grassi o di ingrassare, autostima dipendente dalla forma fisica e dal peso.

Binge Eating Disorder

(BED – Prevalenza – (0,7-4%)

Episodi di abbuffate in assenza di comportamenti di compenso, sovrappeso o obesità



Una persona con DA, infatti

- Limita abitualmente la quantità e la qualità dei cibi assunti (*habitual restraint*)
- Presenta gli ***schemi cognitivi*** tipicamente associati alla restrizione. Uno schema è una **organizzazione cognitiva stabile** che guida l'elaborazione delle informazioni determinando:
 - 1) A quale parte del contesto prestare attenzione
 - 2) L'impatto emozionale degli stimoli attesi

Una persona con DA, inoltre

- **Usa prevalentemente o esclusivamente strategie di regolazione delle emozioni disfunzionali** come la soppressione espressiva o l'evitamento (Schmidt, Treasure, 2006) e fa minore ricorso a strategie adattive come re-appraisal e problem solving (Paxton, Diggins, 1997)
- presenta minore consapevolezza delle emozioni e maggiore alessitimia (ad es. Harrison et al., 2009; Ridout et al., 2010).

Conseguenze della dis-regolazione

- Queste strategie dis-regolatorie, come è stato dimostrato da studi sia correlazionali che sperimentali, determinano riduzione dell'intensità delle emozioni positive e aumento di quelle **negative** (p.e. Gottman e Levenson, 1988; Gross, 2002; Gross e John, 2003; Gross e Levenson, 1997; John e Gross, 2004; Gottman e Levenson 2002; Ochsner e Gross, 2008).

In effetti le ragazze con DA:

- sperimentano emozioni negative più intense e utilizzano il cibo per regolarle (Polivy, Herman, 2002; Macth, 2008; Schmidt, Treasure, 2006)

Inoltre:

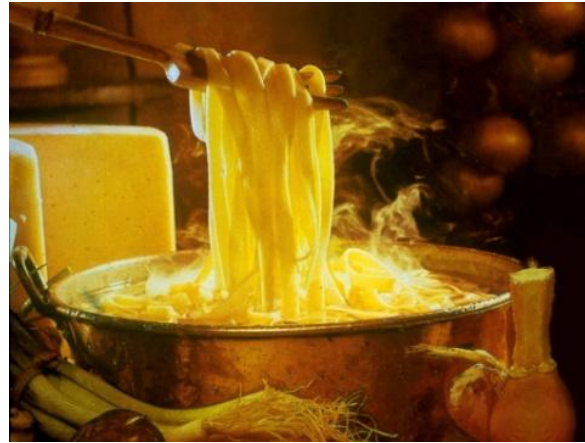
- Una recente meta-analisi (Aldao et al., 2010) mostra che nei DA, la gravità della sintomatologia è in gran parte predetta dalla soppressione emozionale ($r=.59$).

Lo studio:

Scopo: Valutare se un gruppo di pazienti con DA rispetto a un gruppo di controllo di pari età presenta

- 1) maggiore uso di strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni (*SUPPRESSION*)
- 2) minore uso di strategie funzionali di regolazione delle emozioni (*REAPPRAISAL*)
- 3) maggiore *attentional bias* verso *stimoli tabù*

cibi tabù



cibi NON tabù



Partecipanti:

Pazienti con DA: 30 (età media 27.52; ds=8.08) in cura presso l'Associazione Onlus Il Pellicano (Perugia)

Controlli: 37 studentesse universitarie (età media 25.22; ds=6.05) prive di sintomi di DA (punteggi superiori al cut-off clinico in appositi questionari sintomatologici) e di altri sintomi di interesse clinico (ansia e depressione)

STRUMENTI

Questionari di valutazione dei sintomi di disturbi dell'alimentazione

DEQ (Disordered Eating Questionnaire, Lombardo et al, 2004) che misura la presenza e l'intensità di comportamenti e atteggiamenti disfunzionali nei confronti del cibo o del corpo e permette di calcolare il BMI

CDRS (Countour Drawing Rating Scale, [cdrs F 2007.pdf](#) Thompson, Gray, 1995): una misura di insoddisfazione corporea.

Regolazione-Disregolazione delle emozioni:

ERQ (Emotion Regulation Scale; Gross, John, 2003)

- Reappraisal (strategia funzionale di regolazione delle emozioni)
- Suppression (strategia disfunzionale di regolazione delle emozioni)

Stroop task cartaceo: [Stroop liste.doc](#)

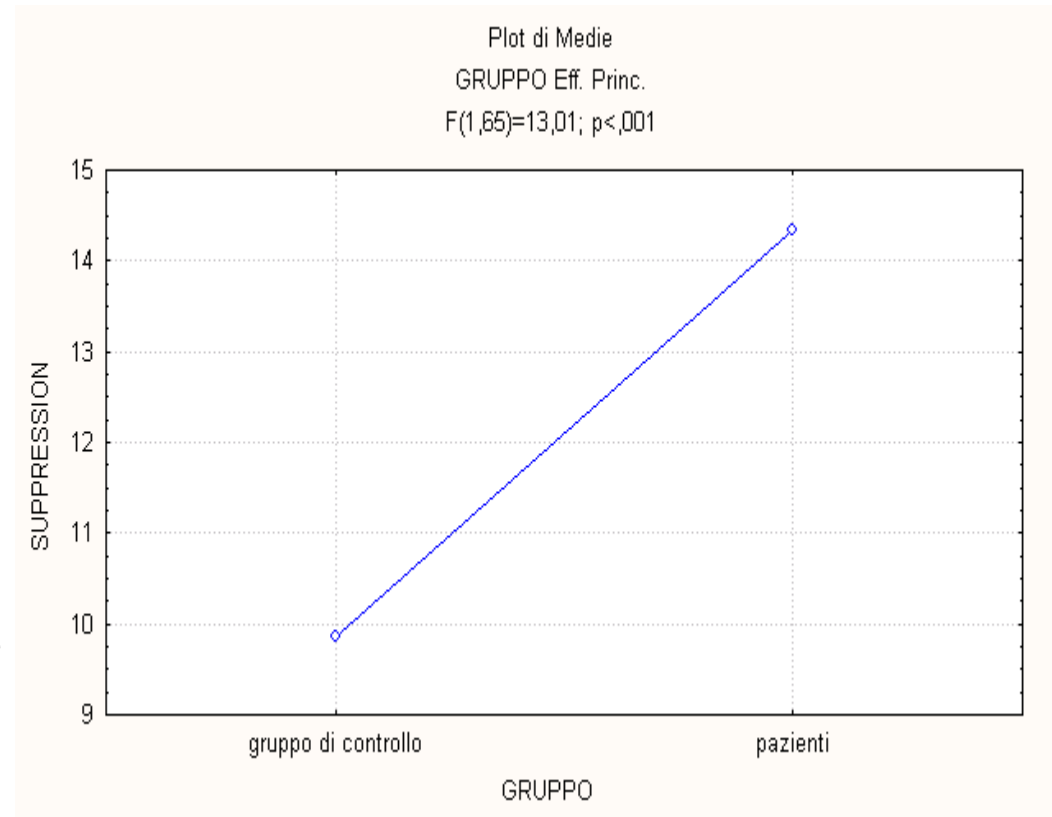
Risultati (I):

I due gruppi sono
paragonabili per età
($F_{(1,77)}=2.025$; $p=.159$).

Soppressione



Reappraisal: no differenze

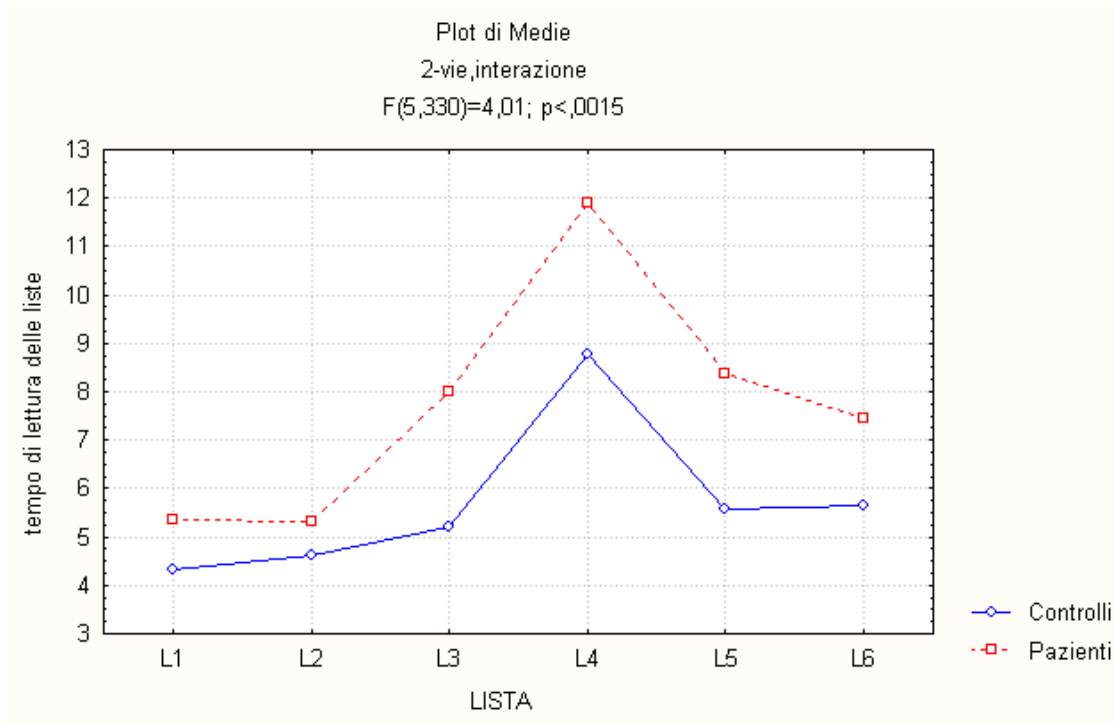


Risultati (II):

L'intensità della sintomatologia è correlata con i tempi di lettura delle liste:

| | LISTA1 | LISTA2 | LISTA3 | LISTA4 | LISTA5 | LISTA6 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| DEQ | 0,40 | 0,25 | 0,37 | 0,12 | 0,35 | 0,38 |
| COMP. | 0,33 | 0,26 | 0,34 | 0,14 | 0,32 | 0,44 |

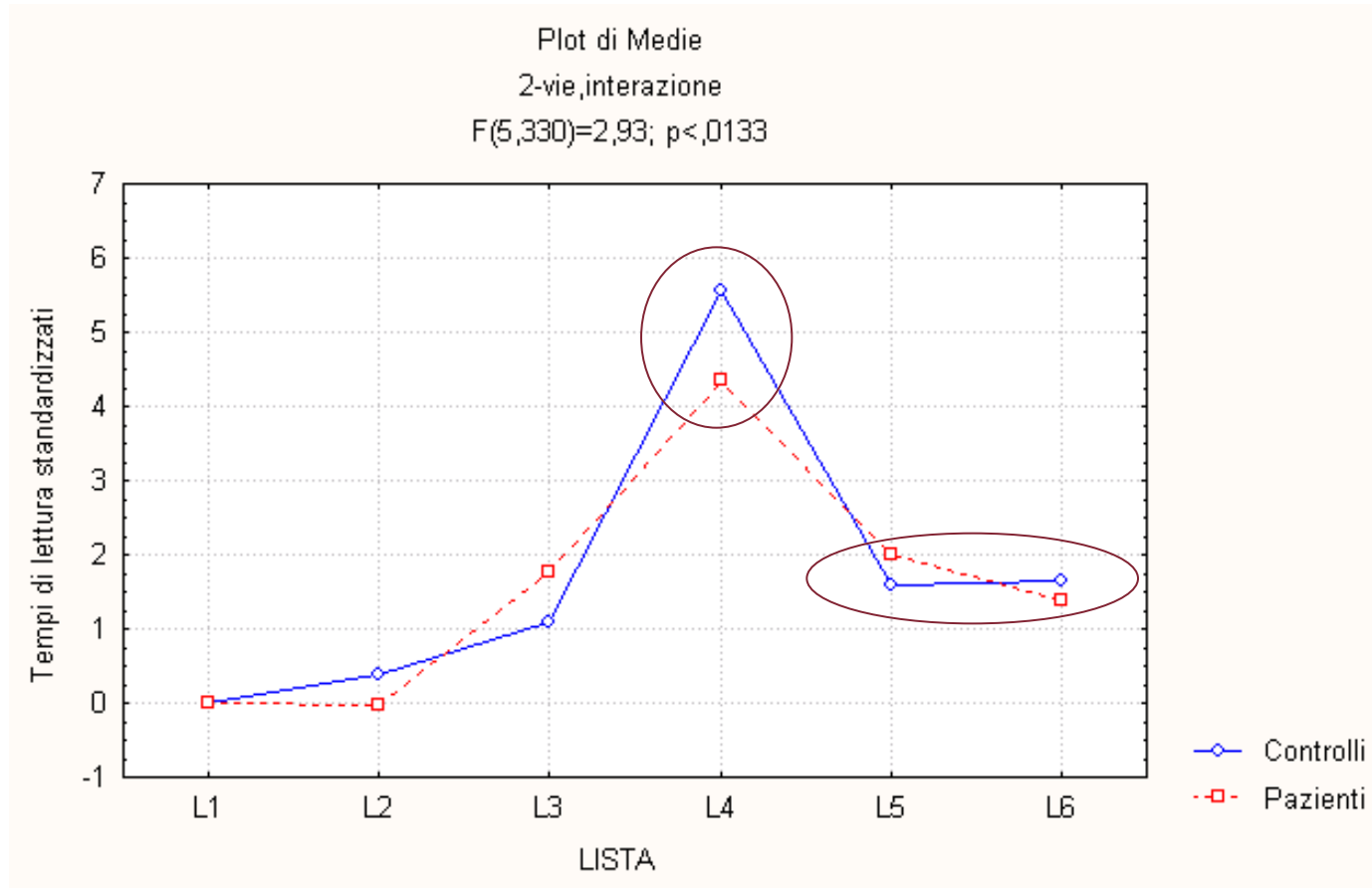
Risultati (III):



Spiegazione:

- 1) le pazienti con DA hanno bassi livelli di concentrazione e pensiero astratto a causa dello stato di denutrizione
- 2) Differenze nei TR delle sperimentatrici che hanno rilevato i tempi

Risultati (IV) dopo standardizzazione dei tempi

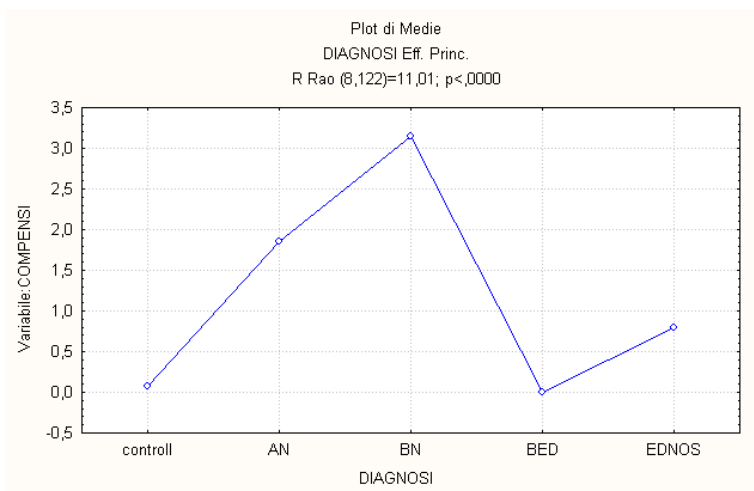
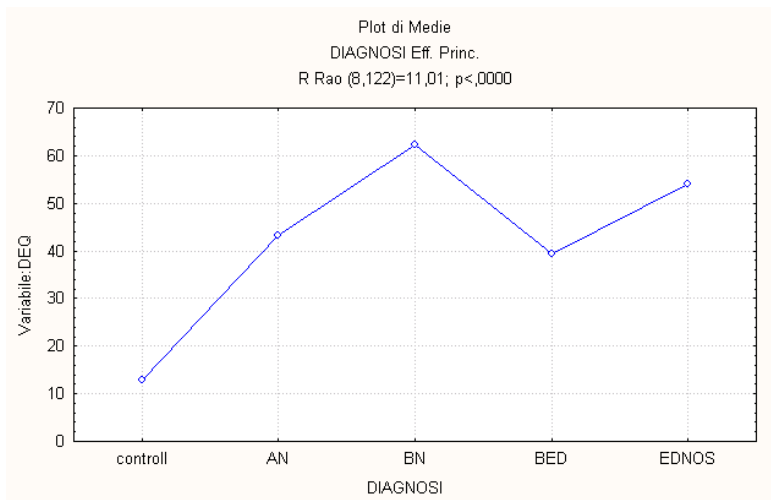


I risultati non sono coerenti con la letteratura precedente. Infatti, gli studi effettuati con lo stroop test in campioni clinici

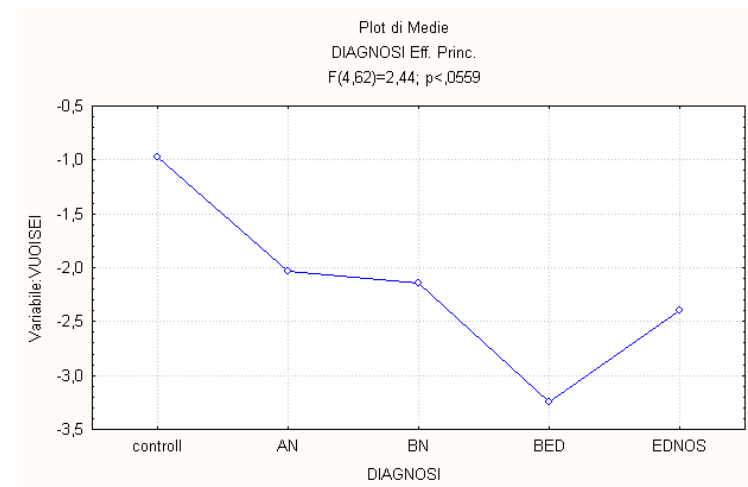
- Indicano che le pazienti rispondono agli stimoli legati alla propria sintomatologia mostrando un effetto di interferenza (tempi di lettura più lunghi per le parole sintomo-correlate)
- **Nelle pazienti con BU l'interferenza:**
 - a) è maggiore quanto più intensa è la sintomatologia bulimica (e.g. Rofey et al., 2004)
 - b) È presente sia con parole indicanti cibi sia con parole riferite al corpo
- **Nelle pazienti con AN l'interferenza:**
 - a) è maggiore solo o prevalentemente per le parole riferite al corpo

(David et al, submitted)

Cosa differenzia i gruppi?

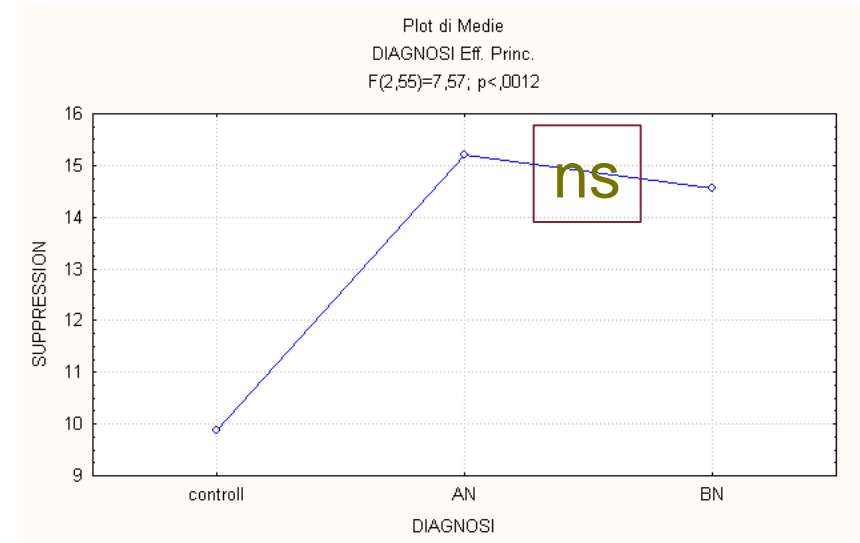


| | N Validi |
|-----------|----------|
| controlli | 37 |
| AN | 14 |
| BN | 7 |
| BED | 4 |
| EDNOS | 5 |
| Tutti | 67 |

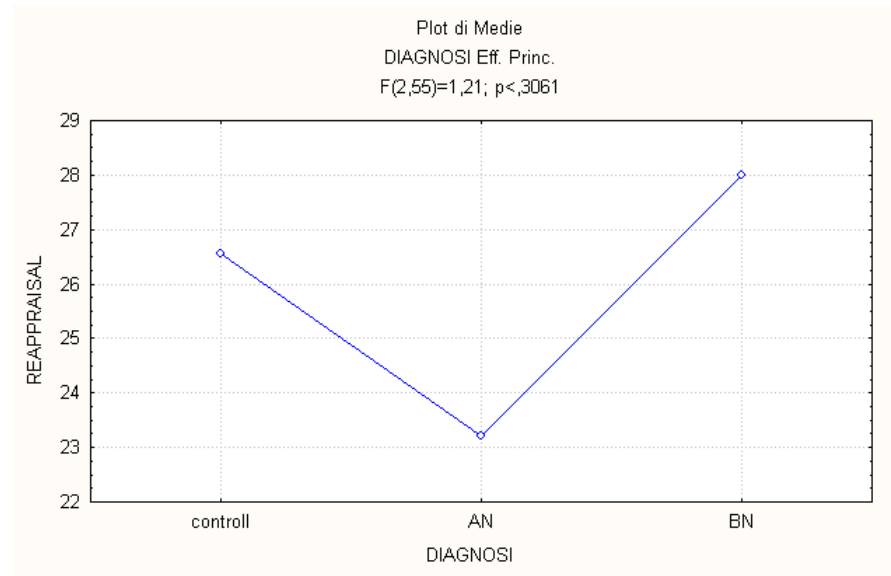


Risultati (VI):

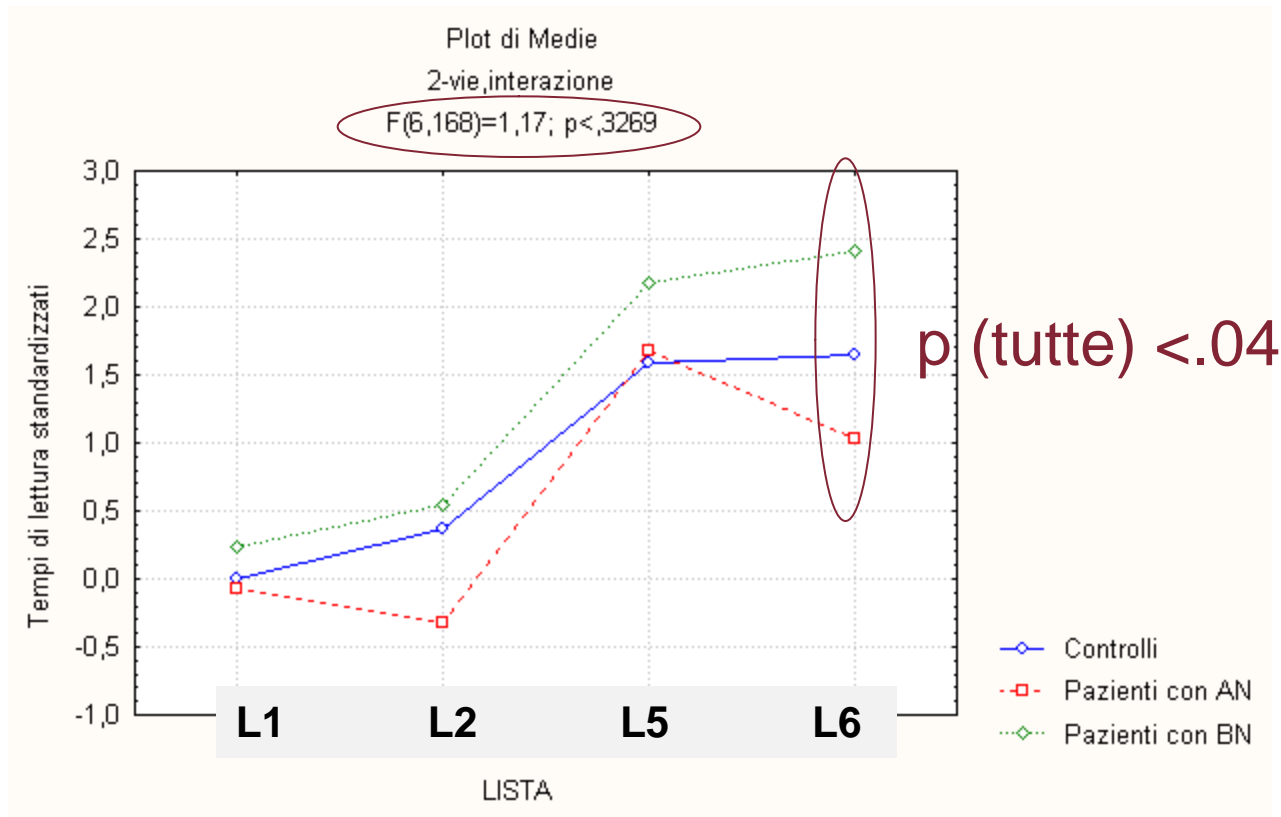
Soppressione



Reappraisal:
no differenze



Tempi di lettura delle liste (liste baseline vs parole tabù) in funzione del tipo di sintomatologia



Discussione (I):

- Si conferma che le pazienti con DA riferiscono di usare più frequentemente rispetto al gruppo di controllo la strategia di soppressione espressiva per regolare le proprie emozioni.
- Questa strategia, inoltre, sembra condivisa dalle pazienti con diagnosi di AN e di BN anche se le pazienti con AN potrebbero presentare minore capacità di rivalutare le situazioni (da verificare con un campione più ampio)



Discussione (II):



- Come suggeriscono Waller e colleghi (2007) l'evitamento o la soppressione emozionale può essere realizzata in due momenti diversi:

prima → comportamenti alimentari di tipo restrittivo (e *craving*)

o

dopo → comportamenti alimentari di tipo bulimico (ed *evitamento dello stimolo*)

che le emozioni raggiungano la consapevolezza

Discussione (III):

- Pur non essendo l'effetto sul gruppo statisticamente significativo, inoltre, le pazienti con **BN** sembrano presentare tempi più lenti di lettura delle liste di parole relative a cibi tabù sia rispetto al gruppo di controllo sia rispetto alle pazienti con diagnosi di AN (**risposta difensiva**)
- Le pazienti con diagnosi di **AN**, invece, sembrano mostrano tempi di lettura delle stesse parole più brevi (**risposta di craving?**)
- Questi risultati necessitano conferme ulteriori

Ragioni neurobiologiche: Specifici circuiti neurobiologici collegano i centri ipotalamici responsabili del controllo del comportamento alimentare con i centri coinvolti nei processi emozionali

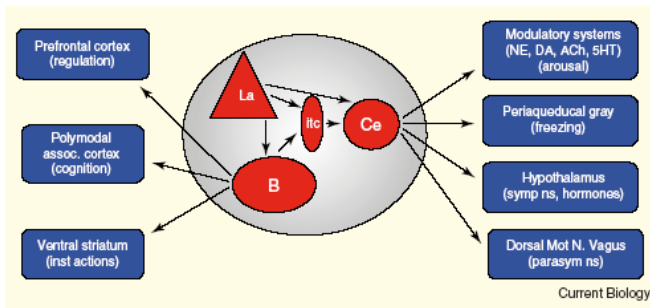


Figure 3. Outputs of some specific amygdala nuclei.
 Abbreviations of amygdala areas: B, basal nucleus; Ce, central nucleus; itc, intercalated cells; La, lateral nucleus. Modulatory arousal system abbreviations: NE, norepinephrine; DA, dopamine; ACh, acetylcholine; 5HT, serotonin). Other abbreviations: parasymp ns, parasympathetic nervous system; symp ns, sympathetic nervous system.

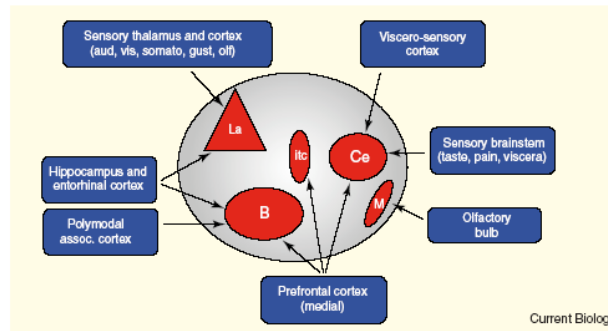


Figure 2. Inputs to some specific amygdala nuclei.
 Abbreviations of amygdala areas: B, basal nucleus; Ce, central nucleus; itc, intercalated cells; La, lateral nucleus; M, medial nucleus. Sensory abbreviations: aud, auditory; vis, visual; somato, somatosensory; gust, gustatory (taste).

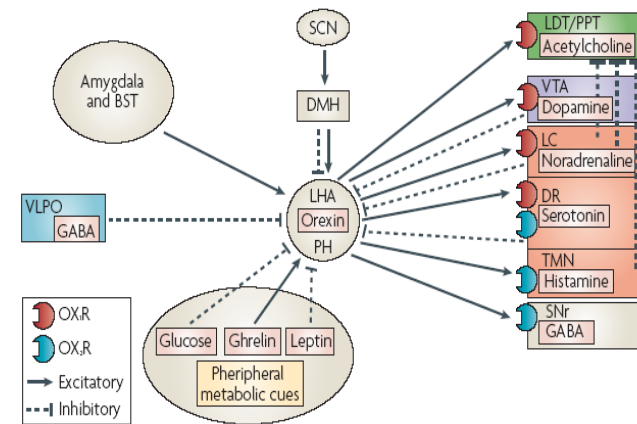


Figure 3 | Interactions of orexin neurons with other brain regions implicated in sleep and wakefulness. Orexin neurons in the lateral hypothalamic area (LHA) and

(Sakurai, 2007;
 Neuroscience)

(Le Doux, 2007;
 Current Biology, vol 17 n.20 868)



Prime teorie organiche che hanno suggerito l'esistenza di una relazione fra emozioni e comportamento alimentare

Spiegazione dell'obesità (e.g. Kaplan & Kaplan, 1957; Bruch, 1973; Schachter et al., 1968; Schachter, 1971):

- La persona obesa usa il cibo come strategia di coping o come strategia per ridurre l'attivazione emozionale

Ipotesi della Restrizione-disinibizione (I)

Inizialmente proposta da Herman e Mack (1975) e poi ulteriormente dettagliata da Herman e Polivy (1980) prevede che la relazione fra comportamento alimentare ed emozioni sia modulata dall'abituale restrizione alimentare (*Restraint*)

restrizione alimentare (*Restraint*) → sforzo COGNITIVO di limitare la quantità o la qualità (*cibi tabù*) dei cibi assunti



Ipotesi della Restrizione- disinibizione(II)



- Eventi come gli stimoli emozionali, capaci di interrompere temporaneamente lo sforzo cognitivo di resistere al cibo, attivano la reazione inversa: la disinibizione
- Questa ipotesi, confermata dai risultati di numerosi studi (sia correlazionali che longitudinali e sperimentali), al contrario di quelle precedenti, permette di spiegare sia il comportamento alimentare “normale” che quello “patologico”



Grazie per l'attenzione