

# Perfezionismo e impulsività nella bulimia purgativa e nell'anoressia restrittiva

di Caterina Lombardo\*, Monica David\*,  
Rita Maria Esposito\*, Gemma Battagliese\*,  
Raffaele Ruocco\*\*, Francesco Saverio Marucci\*, Aldo Stella\*\*\*,  
Lucrezia Maccioli\*\*, Maria Assunta Pierotti\*\*

Scopo di questo lavoro è di esaminare le eventuali differenze tra pazienti con diagnosi di disturbo alimentare (DA) e individui che non presentano patologie legate a problemi alimentari, nelle prove di valutazione del perfezionismo e dell'impulsività; ulteriore obiettivo dello studio è di esplorare la relazione tra il perfezionismo e l'impulsività nei vari sottogruppi inclusi nella categoria diagnostica dei DA. *Partecipanti.* 66 pazienti con diagnosi di anoressia nervosa (ANR) o di bulimia nervosa (BNP) (età media  $27,8 \pm 9,2$ ) considerati appartenenti al gruppo sperimentale e 52 studentesse universitarie (età media  $24,9 \pm 5,9$ ) che non presentavano disturbi di alimentazione considerate come appartenenti al gruppo di controllo. *Risultati.* Il confronto tra i suddetti gruppi è stato effettuato utilizzando i punteggi riportati ai questionari di valutazione del perfezionismo (MPS-F e MPS-HF), dell'impulsività (BIS-11) e dell'alimentazione (DEQ, EAT-26). Il gruppo delle pazienti ha riportato punteggi più elevati nelle scale di perfezionismo negativo rispetto al gruppo di controllo; relativamente a quest'ultima dimensione, invece, non sono state rilevate differenze significative tra il gruppo delle pazienti ANR e quello delle pazienti BNP. Viceversa tali differenze sono state trovate per la dimensione di perfezionismo positivo: il gruppo ANR rispetto al gruppo BNP ha infatti ottenuto punteggi significativamente più elevati. Relativamente alla dimensione dell'impulsività il gruppo con disturbi di alimentazione ha riportato punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo; è emerso, inoltre, che nei soggetti con patologia alimentare il gruppo ANR rispetto al gruppo BNP ha riportato punteggi significativamente più elevati nella scala che misura la difficoltà di pianificazione, mentre nella scala che valuta l'impulsività motoria il gruppo BNP ha ottenuto punteggi superiori al gruppo ANR. Invece questa differenza non è stata trovata tra questi ultimi due gruppi di soggetti con disturbi di alimentazione relativamente all'impulsività cognitiva.

Parole chiave: *perfezionismo, impulsività, anoressia restrittiva, bulimia purgativa, fattori di rischio.*

## I Introduzione

I disturbi dell'alimentazione (DA) sono considerati la terza forma più comune di disturbo cronico nelle giovani donne tra i 14 e i 19 anni (Reijonen, Pratt, Patel,

\* Sapienza Università di Roma.

\*\* Il Pellicano Onlus, Perugia.

\*\*\* Il Pellicano Onlus, Perugia, e Università per Stranieri di Perugia.

Greydanus, 2003). Essi sono stati oggetto di attenzione da parte dei media ed esaminati nella letteratura scientifica, molto probabilmente a causa della loro rilevanza clinica e sociale e dell'alto rischio di morte ad essi associato (Fairburn, Harrison, 2003). Diversi sono i processi sociali, psicologici e biologici identificati come fattori di rischio eziologici dei DA o come fattori di promozione della comorbilità con altri disturbi, nonché come fattori di ostacolo al trattamento o al mantenimento dei risultati raggiunti con il trattamento (Fairburn, Harrison, 2003; Pratt, Phillips, Greydanus, Patel, 2003).

I fattori di rischio indicati dalla letteratura scientifica sono di due tipi: *generali*, ovvero tutte quelle condizioni, interne o esterne alla persona, che aumentano il rischio di incorrere in una qualunque forma psicopatologica, compresi i DA; *specifici*, ovvero quelle condizioni che aumentano soltanto la probabilità di incorrere in un DA. Molte caratteristiche relative al clima familiare, dalla presenza di conflitti in famiglia – o di familiari con forme psicopatologiche gravi – alla presenza di abuso sessuale o di maltrattamenti durante l'infanzia, sono state associate a una maggiore prevalenza di DA. Anche alcune caratteristiche e dimensioni di personalità, come il perfezionismo, sono state incluse fra i fattori di rischio per lo sviluppo dei DA (Bardone-Cone *et al.*, 2007; Boone *et al.*, 2010).

Il perfezionismo, ovvero la tendenza a ricercare la perfezione e stabilire standard eccessivamente elevati per sé e per gli altri significativi, tendenza che si accompagna molto spesso ad un atteggiamento fortemente critico nei propri confronti (Frost, Marten, Lahart, Rosenblate, 1990; Flett, Hewitt, 2002), è, infatti, la caratteristica di personalità più studiata in associazione ai DA. Individui con una diagnosi clinica di disturbo dell'alimentazione mostrano più alti livelli di perfezionismo rispetto a gruppi di controllo (Bulik *et al.*, 2003; Cassin, Von Ranson, 2005; Boone *et al.*, 2010) e talvolta punteggi superiori anche rispetto ad altri gruppi clinici (Sassaroli, Gallucci, Ruggiero, 2008) e senza grosse differenze fra specifiche classi sintomatologiche se si confrontano Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED). Ciò viene messo in evidenza anche da Bardone-Cone e colleghi (2007), che sottolineano altresì come emergano differenze nel caso di ragazze con BN e una storia pregressa di AN, le quali conservano più alti livelli di perfezionismo rispetto a coloro che non presentano una storia di AN antecedente alla BN (Vaz-Leal, Rodri, Lo, 2011).

Anche in campioni tratti dalla popolazione generale, molti studi trasversali e alcuni studi longitudinali evidenziano l'associazione fra alti livelli di perfezionismo e alti punteggi in questionari sintomatologici per i DA (Bardone-Cone *et al.*, 2007; Chang *et al.*, 2008; Welch *et al.*, 2009). Inoltre, alcuni studi longitudinali dimostrano che il perfezionismo predice lo sviluppo di sintomi anoressici e bulimici (Steele, Corsini, Wade, 2007; Soares *et al.*, 2009; Watson *et al.*, 2011).

Molti autori (Di Bartolo *et al.*, 2004; Di Bartolo, Li, Frost, 2007; Dunkley *et al.*, 2006) distinguono un perfezionismo negativo o clinico (*Maladaptive Eva-*

*luative Concerns*) da un perfezionismo positivo (*Positive Strivings*). Il primo si associa alla maggior parte dei disturbi mentali quali depressione e ansia, nonché a caratteristiche personali negative come la bassa autostima, mentre il secondo sarebbe associato al raggiungimento di obiettivi elevati e a benessere psicologico (Lombardo, Violani, 2011).

Prendendo in rassegna la letteratura sull'associazione fra queste due dimensioni sovraordinate del perfezionismo e i disturbi dell'alimentazione, Bardone-Cone e colleghi (2007) mostrano che, mentre gli altri disturbi mentali sembrano associati solo al perfezionismo negativo o clinico, nei pazienti con DA si rileva la chiara presenza di alti livelli di perfezionismo sia positivo che negativo (sia nell'anoressia che nella bulimia, sebbene questo dato venga riportato in modo più consistente nel caso delle pazienti con anoressia). Gli autori pertanto concludono che in questa area psicopatologica anche il perfezionismo positivo può produrre conseguenze negative, favorendone lo sviluppo (Di Bartolo, Li, Frost, 2007). Questa specifica relazione, inoltre, sembrerebbe anche suggerire che il perfezionismo, nel caso dei DA, agisca come un fattore di rischio specifico.

Alcuni studi retrospettivi (Fairburn *et al.*, 1999; Santonastaso, Friederici, Favaro, 1999; Southgate *et al.*, 2008) hanno evidenziato che le persone con DA riferiscono più elevati livelli di perfezionismo precedenti all'insorgenza della malattia rispetto a gruppi di controllo. Inoltre, in campioni clinici, il perfezionismo è stato descritto come un fattore che caratterizza la fase acuta di un disturbo alimentare e che persiste dopo la remissione dei sintomi; di conseguenza, è in grado di predire la ricorrenza o il mantenimento dei disturbi (Bulik *et al.*, 2003; Fairburn, Harrison, 2003; Halmi *et al.*, 2005). Alcuni studi hanno dimostrato che il trattamento dei DA non riduce i livelli di perfezionismo, anche se i sintomi principali possono subire una remissione in seguito all'intervento clinico.

Lo stesso tema è stato affrontato da Egan e colleghi (2011), i quali concludono che i risultati della letteratura sono meglio spiegati adottando quella che viene chiamata dagli autori una prospettiva trans-diagnostica. Questa prospettiva assume che caratteristiche come il perfezionismo costituiscano fattori di mantenimento comuni a più disturbi, la cui presenza spiegherebbe l'alto tasso di comorbilità evidente nella maggior parte delle classi diagnostiche attualmente previste dai sistemi diagnostici internazionali. In effetti, alcuni studi (Bieling, Israeli, Antony, 2004) dimostrano che il numero di disturbi in comorbilità o la gravità dei disturbi è significativamente correlata con più alti livelli di perfezionismo, in particolare nelle scale Preoccupazione per gli errori, Critiche genitoriali e Dubbi sulle azioni della scala MPS di Frost e colleghi e nelle scale di Perfezionismo autodiretto e Perfezionismo socialmente prescritto di Hewitt e Flett. Questi risultati sembrano, dunque, suffragare l'idea che il perfezionismo agisca, più che come fattore di rischio specifico, come fattore di mantenimento comune.

Accanto al perfezionismo, un tratto di personalità molto studiato tra i fattori associati di rischio per i DA è l’impulsività, ovvero la tendenza ad agire in maniera immediata ad una stimolazione, in assenza di una riflessione che preceda l’azione (Carver, 2005). Come il perfezionismo, questo tratto sembra caratterizzare molti disturbi mentali quali, ad esempio, disturbi di personalità (ad esempio, disturbi di personalità borderline e antisociale), disturbo da deficit d’attenzione e iperattività, abuso di sostanze ecc. Il suo ruolo è stato messo in evidenza anche nei disturbi dell’alimentazione e in particolare nella bulimia (per una rassegna cfr. Fisher, Smith, Cyders, 2008).

La letteratura recente conferma la multidimensionalità del costrutto dell’impulsività ed evidenzia come sia possibile individuare nella maggior parte delle teorie della personalità e dell’impulsività alcuni tratti comuni. Whiteside e Lynam (2001), sottponendo ad analisi fattoriale alcuni classici strumenti di valutazione della personalità e dell’impulsività, evidenziano l’esistenza di quattro diversi fattori:

1. *urgency* (nel linguaggio anglosassone: traducibile come “urgenza” in italiano), che include componenti quali le difficoltà di controllo inibitorio e l’impulsività attentiva;
2. difficoltà di pianificazione, che include componenti come impulsività motoria, difficoltà nel prendere decisioni;
3. difficoltà di perseveranza;
4. ricerca di sensazioni e di situazioni nuove o emotivamente attivanti.

Fisher e colleghi (2008), in una meta-analisi, evidenziano che è in particolare la prima di queste dimensioni ad associarsi ai sintomi bulimici. Sembra che sia pazienti con AN che pazienti con BN abbiano una maggiore labilità e impulsività attentiva, mentre le pazienti con AN sembrano essere meno caratterizzate da impulsività motoria e impulsività non pianificata rispetto ai pazienti con BN. Sembra, dunque, che le pazienti con AN aderiscano più a caratteristiche perfezionistiche che non impulsive (Davies, Campbell, Tchanturia, 2009). Inoltre, alcuni studi hanno ampiamente dimostrato come l’impulsività sia un forte predittore di esito negativo del trattamento della BN (Fisher, Smith, Cyders, 2008; Feltman, Ferraro, 2011).

L’ultimo elemento degno di nota è che, sebbene la relazione fra perfezionismo e DA nonché tra impulsività e DA sia stata singolarmente approfondita, la relazione congiunta fra queste due caratteristiche di personalità e i DA non risulta affatto studiata. L’utilità di valutare il ruolo congiunto di queste due variabili sembra emergere anche da altri studi (Chang *et al.*, 2007) che mostrano come i due costrutti condividano delle dimensione comuni. In particolare, alcune analisi correlazionali mostrano che alcuni aspetti del sistema comportamentale di attivazione, in particolare quelli motivazionali, si associano positivamente ad ognuna delle sei dimensioni del perfezionismo misurate con la scala di Frost *et al.* (1990) e sottolineano come persone con

alti livelli di perfezionismo siano molto impegnate e coinvolte nel raggiungimento dei propri obiettivi; inoltre, si evidenza che il sistema di inibizione comportamentale si associa principalmente con due dimensioni del perfezionismo negativo, la preoccupazione per gli errori e i dubbi sulle azioni (Chang *et al.*, 2007).

## 2 Ipotesi

Lo studio si propone di verificare:

1. l'eventuale conferma dell'esistenza di una correlazione tra perfezionismo e impulsività, da un lato, e sintomi dei disturbi dell'alimentazione, dall'altro, come già evidenziato nella letteratura precedente;
2. e se alti livelli di perfezionismo negativo e positivo si associano ai sintomi dell'anoressia di tipo restrittivo, mentre più alti livelli di impulsività si associano prevalentemente ai sintomi bulimici.

## 3 Metodo

*Partecipanti.* Da un iniziale gruppo di 66 pazienti, tutte femmine di età media  $27,8 \pm 9,2$  reclutate fra le nuove richieste di presa in carico presso la struttura semiresidenziale “Il Pellicano Onlus” di Perugia, sono state selezionate ai fini dello studio 42 pazienti con diagnosi di anoressia restrittiva (AN = 23; BMI =  $17,7 \pm 2,09$ ) e bulimia purgativa (BN = 19; BMI =  $23,4 \pm 4,7$ ). Le pazienti sono state confrontate con un gruppo di controllo costituito da 52 studentesse universitarie, ottenuto selezionando, a partire da un iniziale gruppo di 82 studentesse che hanno compilato i questionari descritti di seguito, quante rispondevano ai seguenti criteri di inclusione:

- punteggi inferiori al *cut-off* clinico nei questionari sintomatologici per i DA, ovvero: punteggi  $\leq 10$  nell'EAT-26 e  $\leq 30$  nel DEQ;
- indice di massa corporea (BMI) nella norma.

Il gruppo di controllo asintomatico è risultato costituito da 52 studentesse (età media  $24,9 \pm 5,9$ ; BMI medio  $20,6 \pm 1,3$ ).

*Strumenti.* Sono stati utilizzati i seguenti questionari:

*Disorder Eating Questionnaire* (DEQ, di Lombardo *et al.*, 2004). Il DEQ è un questionario comprendente 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 le cui possibili risposte sono su di una scala a sei punti che va da “mai” a “più di una volta al giorno”, 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.). 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) contiene 6 item che valutano preoccupazioni e pensieri intrusivi rispetto a peso, cibo, calorie, aspetto fisico, scegliendo una risposta su una scala Likert a 7 punti che va da 0 a 6 (da “per niente” a “del tutto”). Tutte le domande si riferiscono ai tre mesi precedenti. L’ultima sezione (C) include domande riguardanti dati personali come età, peso e altezza auto-valutati e, nel caso delle donne, le domande riguardano anche l’età della prima mestruazione, la regolarità del ciclo mestruale e l’eventuale uso di contraccettivi orali. Lo studio di validazione del questionario (Lombardo, 2008), 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.

*Eating Attitude Test-26* (EAT; Garner *et al.*, 1982; versione Italiana a cura di Dotti e Lazzari, 1998) è un questionario di autovalutazione dell’intensità 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, il controllo orale. È possibile anche calcolare un punteggio totale.

*Countour Drawing Rating Scale* (CDRS, di Thompson, Gray, 1995). Il CDRS chiede al soggetto di valutare la forma corporea ideale e quella attuale, scegliendo tra 9 possibili silhouette femminili, che vanno da silhouette sottopeso ad una in sovrappeso. La differenza tra l’ideale corporeo e la forma attuale è considerata una misura di insoddisfazione corporea. Il punteggio del CDRS può variare da -8 (estremo desiderio di essere più magro/a) a 8 (estremo desiderio di essere più grasso/a): il punteggio negativo indica che il soggetto desidera una forma corporea più magra, il punteggio positivo indica che il soggetto desidera una forma corporea più grassa.

*Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS-F; Frost *et al.*, 1990, versione italiana di Lombardo, 2008) è un questionario *self-report* composto da 35 item valutati su una scala a 5 punti, da “fortemente in accordo” a “fortemente in disaccordo”, che valuta diversi aspetti del perfezionismo. La versione italiana dell’MPS è composta da 4 scale: 1. Preoccupazioni per gli errori e Dubbi per le azioni (CMD); 2. Aspettative e Critiche genitoriali (PEPC); 3. Elevati standard personali (PS); 4. Organizzazione (ORG).

*Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS-HF), sviluppata da Hewitt e Flett nel 1991, è una scala composta da 45 item che valuta tre dimensioni del perfezionismo: *Self Oriented Perfectionism* (SOP), ovvero il prefissarsi standard impegnativi per se stessi e valutare il proprio comportamento in maniera rigorosa; *Other Oriented Perfectionism* (OOP), che misura la tendenza ad avere aspettative elevate riguardo agli altri e alle persone

significative ed essere eccessivamente critici nel valutare gli altri; *Socially Prescribed Perfectionism* (SPP), che riflette la credenza che gli altri abbiano aspettative eccessive o standard molto alti nei nostri confronti valutandoci severamente ed esercitando pressioni per farci essere perfetti. Questo aspetto del perfezionismo spinge a temere i giudizi negativi e la disapprovazione altrui.

*Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-II; Patton *et al.*, 1995): è un questionario ideato da Barratt e Stanford per misurare le caratteristiche individuali di impulsività; esso valuta pensieri e comportamenti impulsivi attraverso 30 item raggruppati in tre sottoscale basate su un costrutto multidimensionale di impulsività che include: *impulsività cognitiva*, *impulsività non pianificata* e *impulsività motoria*. La versione italiana è stata curata da Fossati, De Ceglie e Acquarini (2001).

*Procedura.* Al momento della presa in carico delle persone, che per la prima volta si sono rivolte al “Pellicano” in un periodo che va dal 2009 al 2010, il responsabile dell'accoglienza presso la struttura ha somministrato i questionari descritti in precedenza. Alla fase di accoglienza seguiva una valutazione clinica svolta da psicologi o psichiatri della struttura che si concludeva con l'identificazione di una diagnosi categoriale con cui il paziente veniva poi ammesso al trattamento. I dati qui presentati sono relativi ai questionari compilati prima della valutazione diagnostica; la diagnosi utilizzata per raggruppare i pazienti in sottogruppi è quella riferita dalla struttura.

Il gruppo di controllo compilava gli stessi strumenti più una scheda con i dati socio-anagrafici. La somministrazione dei questionari avveniva individualmente o in gruppi di due o al massimo tre persone.

Lo studio è stato approvato dal Comitato etico della Facoltà di Psicologia dell'Università Sapienza di Roma.

## 4 Risultati

### 4.1. Confronto fra pazienti e controlli sulle misure sintomatologiche

I risultati delle analisi della varianza ad una via che hanno confrontato l'intensità dei sintomi riportati dai tre gruppi (Controlli, ANR, BNP) nei questionari sintomatologici hanno confermato l'inquadramento diagnostico. Le analisi hanno utilizzato come variabile dipendente rispettivamente il punteggio riportato nei questionari DEQ, EAT, la frequenza dei comportamenti di compenso del DEQ, il BMI e i punteggi nelle singole scale dell'EAT (restrizione, bulimia e controllo orale). I risultati dei confronti fra ANR, BNP e Controlli e i relativi *post-hoc* sono riportati nella TAB. I.

TABELLA I

Medie (e d.s. tra parentesi) dei vari gruppi (ANR, BNP, Controlli) ai questionari sintomatologici

	ANR	BNP	Controlli	F	P
DEQ	44,8(26,7) <sup>a</sup>	64,8(13) <sup>b</sup>	13,23(7,7) <sup>c</sup>	86,102	0,001
EAT-26	31,2(19,9) <sup>a</sup>	30,7(12,4) <sup>a</sup>	1,7(1,6) <sup>b</sup>	76,419	0,001
DEQ compensi	1,4(2,1) <sup>a</sup>	3,8(2,6) <sup>b</sup>	0,01(0,13) <sup>c</sup>	39,187	0,001
BMI	17,7(2,09) <sup>a</sup>	23,4(4,7) <sup>b</sup>	20,6(1,3) <sup>c</sup>	22,952	0,001
EAT-26 restrizione	17,3(12,6) <sup>a</sup>	17,2(7,6) <sup>a</sup>	1,4(1,8) <sup>b</sup>	55,653	0,001
EAT-26 controllo orale	7,0(4,9) <sup>a</sup>	3,5(4,1) <sup>b</sup>	0,4(1,2) <sup>c</sup>	35,944	0,001
EAT-26 bulimia	5,8(4,6) <sup>a</sup>	10,0(3,4) <sup>b</sup>	0,03(0,19) <sup>c</sup>	95,056	0,001

Legenda: <sup>a,b,c</sup> indicano, se diverse, differenze significative fra i gruppi per valori di  $p \leq 0,05$ , come evidenziato dal test *post hoc* di Tukey.

#### 4.2. Valutazione delle caratteristiche di personalità: perfezionismo e impulsività.

Differenze fra le due classi diagnostiche e gruppo di controllo

##### 4.2.1. Perfezionismo

Come suggerito da Frost e colleghi (1993) e da Lombardo e Violani (2011) è possibile combinare i punteggi ottenuti nei due questionari multidimensionali per ottenere una misura delle due dimensioni sovra-ordinate *Maladaptive Concerns* e *Positive Strivings*. A tal fine sono stati preliminarmente standardizzati i punteggi ottenuti dalle partecipanti nelle sottoscale che compongono le due scale multidimensionali di perfezionismo. Per la trasformazione dei punteggi grezzi di ciascuna sottoscala in punteggi  $z$  sono state adottate le norme statistiche (media e deviazione standard) ricavate dalla somministrazione ai campioni di validazione dei due rispettivi adattamenti italiani. I punteggi così standardizzati sono stati sommati raggruppando le seguenti scale: CDM, PEPC e SPP per ottenere una misura di *Maladaptive Concerns* (o perfezionismo negativo) e PS, ORG e SOP per ottenere una misura di *Positive Strivings* (o perfezionismo positivo).

Al fine di confrontare i due gruppi sintomatologici con il gruppo di controllo, sono state condotte due analisi della varianza ad una via, utilizzando come variabile indipendente il gruppo e come variabile dipendente rispettivamente il punteggio di perfezionismo positivo ed il perfezionismo negativo.

Nella prima analisi della varianza, emerge un effetto significativo del fattore gruppo ( $F_{(2,85)} = 13,23$ ;  $p < 0,001$ ). I confronti *post hoc* evidenziano che il

gruppo delle pazienti BNP ( $-0,78 \pm 2,92$ ) e le ragazze del gruppo di controllo ( $-0,74 \pm 1,98$ ) non differiscono tra loro, ma entrambi i gruppi riportano punteggi più bassi rispetto a quello delle pazienti con diagnosi di ANR ( $2,28 \pm 2,57$ ;  $p < 0,001$ ).

Nel considerare come variabile dipendente il punteggio del perfezionismo negativo, emerge un effetto significativo del gruppo ( $F_{(2,85)} = 20,56$ ;  $p < 0,001$ ). I confronti post hoc evidenziano che il gruppo di controllo riporta punteggi significativamente più bassi ( $0,48 \pm 2,26$ ) rispetto a quello delle pazienti con diagnosi di BNP ( $3,88 \pm 2,23$ ;  $p < 0,001$ ) e di ANR ( $3,74 \pm 2,82$ ;  $p < 0,001$ ), mentre questi ultimi due gruppi non differiscono tra loro.

#### 4.2.2. Impulsività

I gruppi delle pazienti e il gruppo di controllo sono stati confrontati anche riguardo ai punteggi nelle scale del BIS-II.

In questo caso sono state condotte tre analisi della varianza ad una via considerando come variabile indipendente i gruppi e come variabile dipendente i punteggi riportati nelle tre scale del BIS-II.

Nella scala difficoltà di pianificazione emerge un effetto significativo ( $F_{(2,82)} = 81,08$ ;  $p < 0,001$ ) del fattore gruppo. Dai confronti *post hoc* emerge una differenza significativa tra tutti i gruppi: il gruppo delle pazienti con diagnosi di ANR riporta punteggi significativamente più alti ( $26,6 \pm 5$ ) sia rispetto al gruppo delle pazienti con diagnosi di BNP ( $23,6 \pm 2,5$ ;  $p < 0,05$ ), sia rispetto al gruppo di controllo ( $15 \pm 3,3$ ;  $p < 0,001$ ), il quale riporta il punteggio significativamente più basso rispetto agli altri due.

Nel caso della scala di impulsività cognitiva emerge un effetto significativo ( $F_{(2,82)} = 89,6$ ;  $p \leq 0,001$ ) del fattore gruppo. I confronti *post hoc* evidenziano che il gruppo delle pazienti con diagnosi di BNP ( $18,6 \pm 3,4$ ) e di ANR ( $18,3 \pm 2,4$ ) non differiscono tra loro, ma riportano punteggi significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo ( $8,9 \pm 3,4$ ; tutte le  $p < 0,001$ ).

Infine, anche nel caso della scala di impulsività motoria emerge un effetto significativo ( $F_{(2,82)} = 134,6$ ;  $p < 0,001$ ) del fattore gruppo. I confronti *post hoc* evidenziano che i gruppi delle pazienti non differiscono fra loro (BNP:  $23,3 \pm 5,2$ ; ANR:  $20,5 \pm 3,9$ ), ma presentano entrambi punteggi significativamente più elevati rispetto al gruppo di controllo ( $7,9 \pm 3,1$ ;  $p < 0,001$ ).

## 5 Discussione

L'obiettivo principale dello studio è stato valutare se pazienti con disturbi dell'alimentazione (DA) e controlli sani differiscono non solo per la sintomatologia, ma anche per caratteristiche di personalità come il perfezionismo e l'impulsività.

Come riportato dalla letteratura scientifica, ci attendevamo che le pazienti con disturbi alimentari presentassero più alti livelli sia di perfezionismo che di impulsività rispetto al gruppo di controllo, ma anche che il perfezionismo positivo fosse più strettamente legato ai disturbi di tipo restrittivo, il perfezionismo negativo fosse correlato a entrambe le tipologie di disturbo e che l'impulsività fosse prevalentemente legata al disturbo di tipo bulimico. Riguardo al perfezionismo, in realtà, la letteratura precedente ha confrontato i punteggi riportati da sottogruppi di pazienti sulle singole scale dei due questionari multidimensionali. Nel nostro caso abbiamo calcolato dei punteggi compositi, che riflettono le dimensioni riscontrate da Frost e colleghi (1993) di perfezionismo negativo o *Maladaptive Evaluative Concerns* e di perfezionismo positivo o *Positive Strivings*. I risultati hanno evidenziato che, coerentemente con la letteratura precedente (Bulik *et al.*, 2003; Cassin, Von Ranson, 2005; Boone *et al.*, 2010), le pazienti presentano punteggi più elevati di perfezionismo negativo rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, così come evidenziato da Bardone-Cone e colleghi (2007), non emergono differenze tra le diverse classi diagnostiche; infatti, le pazienti con anoressia nervosa e le pazienti con bulimia nervosa non presentano punteggi statisticamente differenti fra loro. Questi risultati confermano quanto tale categoria di pazienti sia caratterizzata da preoccupazione per gli errori, dubbi sulle azioni e indecisione, timore dell'opinione altrui e di riceverne disapprovazione, nonché da genitori ipercritici, che hanno loro imposto rigidi standard da conseguire. Rispetto al perfezionismo positivo i risultati sono in linea con quanto affermato da Bardone-Cone e colleghi (2007) e da Di Bartolo e colleghi (2007), ovvero che le ragazze con disturbi dell'alimentazione hanno punteggi superiori rispetto ai gruppi asintomatici non solo nelle scale del perfezionismo negativo, ma anche in quelle del perfezionismo positivo. Tuttavia, dai nostri risultati emerge che il gruppo con anoressia nervosa di tipo restrittivo presenta punteggi più elevati di perfezionismo positivo non solo rispetto al gruppo di controllo, ma anche rispetto al gruppo con bulimia nervosa di tipo purgativo. Quest'ultimo, a sua volta, non differisce dal gruppo di controllo. Questo risultato, benché non sia coerente con alcuni studi precedenti che non rilevano differenze fra anoressia nervosa e bulimia nervosa, né nelle scale di perfezionismo negativo né in quelle di perfezionismo positivo, in realtà potrebbe riflettere la storia clinica delle pazienti che hanno partecipato a questo studio. Infatti, come riportato da Vaz-Leal e colleghi in un recente studio (2011), solo le pazienti con diagnosi di bulimia nervosa e con pregressa anoressia nervosa presentano punteggi superiori di perfezionismo positivo rispetto alle ragazze con sola diagnosi di bulimia nervosa. È possibile che anche le pazienti di questo studio abbiano una storia pregressa di sola bulimia nervosa. Tuttavia, non ci è stato possibile verificarlo in quanto questa informazione non era disponibile nella cartella clinica delle pazienti.

Rispetto all'impulsività, il gruppo delle pazienti ha dei punteggi superiori al gruppo di controllo in ogni scala del test usato. In particolare, il gruppo

con diagnosi di ANR presenta punteggi superiori nella scala di difficoltà di pianificazione rispetto al gruppo con BNP, mentre il gruppo di controllo ha punteggi inferiori a entrambi i due gruppi clinici considerati. Nel caso della scala d'impulsività cognitiva, come riscontrato dalla letteratura precedente, i due gruppi clinici non differiscono fra loro, ma presentano punteggi superiori rispetto al gruppo di controllo. Infine, nel caso dell'impulsività motoria, coerentemente con la letteratura (cfr., ad esempio, la meta-analisi di Fisher, Smith, Cyders, 2008), il gruppo BNP è maggiormente caratterizzato da questa dimensione dell'impulsività rispetto all'ANR, che a sua volta ha punteggi superiori rispetto al gruppo di controllo. Probabilmente la maggiore difficoltà di pianificazione presentata dal gruppo delle pazienti con ANR può essere spiegata con il fatto che l'esercizio continuo e costante di un controllo cognitivo sul cibo e le continue operazioni di *cecking* corporeo sottraggono delle risorse cognitive utili alle operazioni mentali di pianificazione, ostacolandone la riuscita. Sembra, dunque, che sia le pazienti con ANR sia le pazienti con BNP abbiano una maggiore labilità e impulsività attentiva, verosimilmente perché tendono a selezionare dall'ambiente quegli input salienti per il loro campo di coinvolgimento e d'interesse maggiore, ovvero quello alimentare e corporeo, mostrando difficoltà nel mantenere un filo logico di pensiero e nel riuscire a concentrarsi su un compito diverso, senza essere distratte da pensieri concomitanti sul corpo e sulle calorie. Viceversa, sono le pazienti con BNP ad essere maggiormente caratterizzate da impulsività motoria e difficoltà nel controllo inibitorio degli impulsi rispetto alle pazienti con ANR; infatti, le pazienti con bulimia nervosa sembrano essere meno capaci di controllare il proprio comportamento alimentare quando il cibo è disponibile, a differenza del rigido controllo, sia sul comportamento alimentare sia sui pensieri e sulle emozioni connesse, esercitato dalle pazienti con anoressia nervosa.

Dal quadro complessivo dei risultati emerge che, sia nelle pazienti con diagnosi di anoressia nervosa di tipo restrittivo che nelle pazienti con diagnosi di bulimia nervosa di tipo purgativo, le condotte alimentari restrittive si associano, nel primo gruppo, ad un forte controllo orale e a caratteristiche di personalità come il perfezionismo positivo e il perfezionismo negativo; nel secondo gruppo, invece, si associano a un basso controllo orale, condotte bulimiche, perfezionismo negativo ed impulsività. Alla luce della letteratura precedente (Zuroff *et al.*, 2000; Di Bartolo, Li, Frost, 2007), che evidenzia che il perfezionismo e l'impulsività possono incidere nel trattamento di questi disturbi anche ostacolando l'alleanza terapeutica, i risultati del presente studio hanno delle evidenti implicazioni cliniche suggerendo di considerare contemporaneamente nel piano di trattamento sia la sintomatologia principale sia le caratteristiche di personalità ad essa associate; trattare le loro interazioni possibili, infatti, potrebbe facilitare il successo terapeutico o ridurre le resistenze al cambiamento.

## Riferimenti bibliografici

- Agras W. S., Crow S. J., Halmi K. A., Mitchell J. E., Wilson G. T., Kraemer H. C. (2000), Outcome predictors for the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *The American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1302-8.
- Bardone-Cone A. M., Maldonado C. R., Crosby R. D., Mitchell J. E., Wonderlich S. A., Joiner T. E., Crow S. J. et al. (2008), Revisiting differences in individuals with bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa: Eating pathology, personality, and maltreatment. *The International Journal of Eating Disorders*, 41, 8, pp. 697-704.
- Bardone-Cone A. M., Wonderlich S. A., Frost R. O., Bulik C. M., Mitchell J. E., Uppala S., Simonich H. (2007), Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 3, pp. 384-405.
- Bieling P. J., Israeli A. L., Antony M. M. (2004), Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, pp. 1373-85.
- Boone L., Soenens B., Braet C., Goossens L. (2010), An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, pp. 686-91.
- Bulik C. M., Tozzi F., Anderson C., Mazzeo S. E., Aggen S., Sullivan P. F. (2003), The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2, pp. 366-8.
- Carver C. S. (2005), Impulse and constraint: Perspectives from personality psychology, convergence with theory in other areas, and potential for integration. *Personality and Social Psychology Review*, 67, pp. 319-33.
- Cassin S. E., Von Ranson K. M. (2005), Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychological Review*, 25, pp. 895-916.
- Chang E. C., Ivezaj V., Downey C. A., Kashima Y., Morady A. R. (2008), Complexities of measuring perfectionism: Three popular perfectionism measures and their relations with eating disturbances and health behaviors in a female college student sample. *Eating Behaviors*, 9, pp. 102-10.
- Chang E. C., Zumberg K. M., Sanna L. J., Girz L. P., Kade A. M., Shair S. R., Hermann N. B. et al. (2007), Relationship between perfectionism and domains of worry in a college student population: Considering the role of BIS/BAS motives. *Personality and Individual Differences*, 43, 4, pp. 925-36.
- Davies H., Campbell I. C., Tchanturia K. (2009), Multidimensional self reports as a measures of characteristics in people with eating disorders. *Eating Weight Disorders*, 14, pp. 84-91.
- Di Bartolo P. M., Frost R. O., Chang P., La Sota M., Grills A. E. (2004), Shedding light on the relationship between personal standards and psychopathology: The case for contingent self-worth. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22, pp. 37-250.
- Di Bartolo P. M., Li C. Y., Frost R. O. (2007), How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research*, 32, 3, pp. 401-17.
- Dotti A., Lazzari R. (1998), Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3, 4, pp. 188-94.
- Dunkley D. M., Blankstein K. R., Masheb R. M., Grilo C. M. (2006), Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1, pp. 63-84.

- Egan S. J., Wade T. D., Shafran R. (2011), Clinical psychology review perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 2, pp. 203-12.
- Fairburn C. G., Harrison P. J. (2003), Eating disorders. *The Lancet*, 361, pp. 407-16.
- Fairburn C. G., Shafran R., Cooper Z. (1999), A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1, pp. 1-13.
- Feltman K. A., Ferraro F. R. (2011), Preliminary data on risk factors and disordered eating in male college students. *Current Psychology*, 30, pp. 194-202.
- Fisher S., Smith G. T., Cyders M. A. (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, pp. 1413-25.
- Flett G. L., Hewitt P. L. (2002), Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt, G. L. Flett (eds.), *Perfectionism*. American Psychological Association, Washington DC, pp. 5-31.
- Forbush K., Heatherton T. F., Keel P. K. (2007), Relationship between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 37-41.
- Fossati A., Di Ceglie A., Acquarini E., Barratt E. S. (2001), Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-II (BIS-II) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 6, pp. 815-28.
- Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. (1990), The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, pp. 449-68.
- Frost R. O., Heimberg R. G., Holt C. S., Mattia J. I., Neubauer A. L. (1993), A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences*, 14, 1, pp. 119-26.
- Garner D. M., Olmsted M. P., Bohr Y., Garfinkel P. E. (1982), The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12, 4, pp. 871-8.
- Halmi K. A., Tozzi F., Thornton L. M., Crow S., Fichter M. M., Kaplan A. S. et al. (2005), The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, pp. 371-4.
- Lombardo C. (2008), Adattamento italiano della Multidimensional Perfectionism Scale (MPS). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.
- Lombardo C., Violani C. (a cura di) (2011), *Quando "perfetto" non è abbastanza. Conseguenze negative del perfezionismo*. LED, Milano.
- Patton J. H., Stanford M. S. (1995), Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 6, pp. 768-74.
- Pratt H. D., Phillips E. L., Greydanus D. E., Patel D. R. (2003), Eating disorders in the adolescent population: Future directions. *Journal of Adolescent Research*, 18, pp. 297-317.
- Reijonen J. H., Pratt H. D., Patel D. R., Greydanus D. E. (2003), Eating disorders in the adolescent population: An overview. *Journal of Adolescent Research*, 18, 3, pp. 209-22.
- Santonastaso P., Friedericci S., Favaro A. (1999), Full and partial syndromes in eating disorders: A 1-year prospective study of risk factors among female students. *Psychopathology*, 32, pp. 50-6.
- Sassaroli S., Gallucci M., Ruggiero G. M. (2008), Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 4, pp. 467-88.
- Soares M. J., Acedo A., Carvalho S., Marques M. M., Pereira B., Gomes A. T., Valente A.,

- Pato J. M., Azevedo M. H. (2009), Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 17, pp. 390-8.
- Southgate L., Tchanturia K., Collier D., Treasure J. (2008), The development of the childhood retrospective perfectionism questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *European Eating Disorders Review*, 16, pp. 451-62.
- Steele A. S., Corsini N., Wade T. D. (2007), The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of "benign" perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, pp. 1647-55.
- Thompson M. A., Gray J. J. (1995), Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 2, pp. 258-69.
- Vaz-Leal F. J., Rodri L., Lo B. (2011), Bulimia nervosa with history of anorexia nervosa: Could the clinical subtype of anorexia have implications for clinical status and treatment response? *International Journal of Eating Disorders*, 44, pp. 212-9.
- Watson H. J., Steele A. L., Bergin J. L., Fursland A., Wade T. D. (2011), Behaviour research and therapy bulimic symptomatology: The role of adaptive perfectionism, shape and weight concern, and self-esteem. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 9, pp. 565-72.
- Welch E., Miller J. L., Ghaderi A., Vaillancourt T. (2009), Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behavior*, 10, pp. 168-75.
- Whiteside S. P., Lynam D. R. (2001), The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality Individual Differences*, 30, pp. 669-89.

## Abstract

Aim of the study is to examine the differences between patients with Eating Disorders (ED) and people without ED on perfectionism and impulsivity and evaluate the relationship between these personality dimensions in each subtype of ED. *Participants.* 66 people with diagnosis of nervous anorexia (NA) and of nervous bulimia (NB) (mean age  $27,8 \pm 9,2$ ) were compared to 52 people (university students) without eating disorders (mean age  $24,9 \pm 5,9$ ) using scores obtained to questionnaires of perfectionism (MPS-F e MPS-HF), impulsivity (BIS-11) and eating (DEQ, EAT-26). *Results.* The group with eating disorders in negative perfectionism reported values higher than those of the control group. However, the NA group scores in negative perfectionism were not different to those of NB one; on the contrary the values of NA group with respect to those of NB were higher in positive perfectionism. Considering the impulsivity dimension of personality, eating disorders group showed values higher than those reported from group without eating disorders. The NA group respect to NB one showed an higher score in non-planning impulsiveness, but for the attentional impulsiveness the score of the people with NA and NB was similar. On the contrary the difference was obtained between groups with NB and NA disorders in motor impulsiveness: the former showed values higher than those of the latter.

*Key words:* *perfectionism, impulsivity, alimentary disorders, risk factor.*

*Articolo ricevuto nel maggio 2012, revisione del novembre 2012.*

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Caterina Lombardo, Dipartimento di Psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione, Sapienza Università di Roma, via dei Marsi 78, 00185 Roma; tel. (+39) 06 49917529, Fax (+39) 06 49917711; e-mail: caterina.lombardo@uniromai.it.