



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: Aspectes comuns entre l'anorèxia nerviosa i els
trastorns emocionals**

NOM AUTOR: Joan Pons Barceló

DNI AUTOR: 43203862- h

NOM TUTOR: Miquel Rafel Tortella Feliu.

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Psicologia

Paraules clau: Anorèxia nerviosa, regulació emocional, trastorns emocionals

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2012- 2013



Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

Resum

L'elevada comorbiditat entre els trastorns emocionals i l'anorèxia nerviosa sembla apuntar a una sèrie de factors etiològics i de vulnerabilitat comuns. L'objectiu d'aquesta revisió es veure si aquesta hipòtesis es compleix a partir de les diferents evidències que assenyalen la recerca: l'elevada comorbiditat, l'aparició del trastorn emocional abans del trastorn alimentari, la persistència de la simptomatologia ansiosa després de la recuperació de pes, diferents evidències familiars i estudis amb bessons, processos bàsics dels trastorns emocionals també són presents en l'anorèxia nerviosa. Posteriorment, a partir d'aquestes investigacions intentarem veure si l'anorèxia nerviosa es superposa al model de la triple vulnerabilitat de Barlow per als trastorns emocionals.

Keywords: Anorèxia nerviosa, regulació emocional, trastorns emocionals.

Introducció

Al revisar qualsevol estudi de trastorns alimentaris trobem la presència de simptomatologia ansiosa i depressiva i una elevada taxa de pacients que presenten aquets tipus de trastorns tenen una elevada comorbiditat amb els trastorns emocionals. Aquestes dades ens suggereixen diferents hipòtesis: Aquesta comorbiditat es degut a que hi ha una sèrie de processos en comú entre l'anorèxia nerviosa i els trastorns emocionals?, o es simplement una elevada comorbiditat entre aquets trastorns? Per intentar descobrir aquesta incògnita a través d'aquesta revisió analitzarem en primer lloc, les taxes de comorbiditat entre els trastorns emocionals i els trastorns alimentaris. Posteriorment, passarem a analitzar l'edat d'inici del trastorn emocional respecte l'inici del trastorn alimentari. Seguidament, mirarem si la simptomatologia ansiosa i depressiva, persisteixen després de la recuperació del trastorn alimentari. Després, mirarem la prevalença de trastorns emocionals en els familiars de primer grau de pacients amb anorèxia nerviosa i el que ens assenyalen els estudis genètics. Podem avançar que aquestes dades apuntaran a una etiologia i a uns processos comuns. Com es conegut els trastorns emocionals presenten una sèrie de processos comuns entre ells. Per aquest motiu intentarem analitzar si aquets es donen en l'anorèxia nerviosa i si és així, intentarem encaixar les peses dins el model de la triple vulnerabilitat de Barlow, que parlaria de una etiologia semblant dels dos trastorns. El fet de que les dades ens apuntin cap a l'existència de uns processos comuns, aportaria a la terapèutica de l'anorèxia nerviosa nombrosos beneficis. La investigació en els camps dels trastorns emocionals es elevadíssima i la informació obtinguda i l'avançament en aquesta matèria es molt superior als de l'anorèxia nerviosa. Per un altre part, les taxes de millora dels tractaments ansiosos i depressius son més elevades que en els trastorns alimentaris. I finalment, des de els anys 80 no s'ha aconseguit millorar en la terapèutica de l'anorèxia nerviosa. Algunes autors, com Faiburn

introdueixen tractament a una possible regulació emocional disfuncional, el que ell anomena com a “Mood Intolerance”, que es traduiria com intolerància emocional o intolerància als estats emocionals disfòrics, tot i això aquesta no va més enfora que l’entrenament en la captació d’aquestes emocions (que més sent) i l’entrenament en solució de problemes. Algunes teràpies de tercera generació per els trastorns alimentaris, inclouen la captació d’atenció plena. I altres autors han treballat amb l’exposició amb prevenció de resposta. Tot i això, aquestes intervenció no aconseguen dades superiors en eficàcia a la teràpia cognitivo- conductual o simplement la igualen com es el tractament transdiagnòstic per els trastorns alimentaris, o teràpia cognitiva-conductual “millorada” de Faiburn, tot i que aquesta necessita properes investigacions en l’àmbit de l’eficàcia.

Com hem assenyalat anteriorment passarem analitzar les diferents dades de comorbiditat.

1.Comorbiditat dels trastorns alimentaris amb els trastorns emocionals

Amb la finalitat d’analitzar aquets aspectes, diferents estudis ens mostren una elevada comorbiditat entre els trastorns alimentaris i trastorns emocionals. Un d’ells, Godart, Flament, Lecribier & Jammet (2000) ens presenten resultats bastant elevats en aquest aspecte. Un 83% de les pacients amb anorèxia nerviosa, i almenys un 71% de subjectes amb bulímia nerviosa presentaven almenys un diagnòstic en vida de un trastorn emocional. Amb molt, el més freqüent va ser la fòbia social (55% de les participant amb anorèxia i el 60% amb bulímia). Aquets resultats queden referenciats a la taula 1. Com podem veure en la taula 2, del mateix estudi, també , es molt freqüent la presència de més de un trastorn ansiós en el trastorn alimentari. Entre un 14-28 % de subjectes amb un trastorn alimentari presentaven més de un trastorn emocional comòrbid.

Taula 1. Comorbilitat i edat d'inici

Diagnòstic	AN (N = 29)		BN (N = 34)	
	N (%)	N (%)	La edat d'inici (Anys) M ± DE (Rang)	La edat d'inici (Anys) M ± DE (Rang)
Sense trastorn d'ansietat	24 (83%)	24 (71%)	-	-
Fòbia Social	16 (55%)	20 (59%)	11,1 ± 4,9 (4-1)	10,3 ± 5,6 (2-2)
Fobia sencilla	13 (45%)	7 (21%)	8,0 ± 5,4 (2-20)	5,7 ± 2,0 (4-10)
Trastorn d'ansietat generalitzada	7 (24%)	8 (23%)	16,7 ± 3,1 (12-20)	16,9 ± 4,0 (12-20)
Trastorn d'angoixa	10 (34%)	5 (15%)	13,5 ± 4,0 (6-20)	21,4 ± 9,5 (12-20)
El trastorn d'angoixa amb agorafòbia	2 (7%)	3 (9%)	2,0 ± 7,1	21,7 ± 4,5 (17-20)
Agorafòbia	1 (3%)	2 (6%)	9,0	18,0 ± 0 (18-19)
El trastorn obsessivo-compulsiu	6 (21%)	0	14,0 ± 6,7 (3-20)	-
Trastorn d'ansietat per separació	19 (65%)	17 (50%)	-	-
Possible trastorn ansios	14 (48%)	12 (35%)	-	-

Taula 2. Numero de trastorns ansiosos en pacients amb un trastorn alimentari.

	AN (N=29)	BN (N=34)
	N (%)	N (%)
No Trastorn d'ansietat	5 (17%)	10 (29%)
Un Trastorn d'ansietat	8 (28%)	12 (35%)
Dos trastorns d'ansietat	4 (14%)	6 (18%)
Tres trastorns d'ansietat	8 (28%)	3 (9%)
Quatre trastorns d'ansietat	4 (14%)	3 (9%)

Aquestes dades presentades per els autors son bastants elevades, es veritat que altres investigacions, les quals contempen menys trastorns emocionals, no presenten dades tan elevades com aquest estudi. Un altre estudi de comorbilitat, Blinder, Cumella & Sanathara (2006) van

obtenir resultats similars una mica més lleugers, en torn del 50-60 % de les pacients amb anorèxia nerviosa presentaven un trastorn emocional comòrbid. Tot i la variància de dades que presenten les diferents investigacions totes assenyalen elevades taxes de comorbiditat amb els trastorns emocional. Aquesta variabilitat de dades ve explicada per la utilització de diferents instruments de mesura.

Al veure aquesta elevada comorbiditat ens surgeix la qüestió de si aquest trastorn emocional es previ al trastorn alimentari.

2. L'edat d'inici dels trastorns emocional respecte el trastorn alimentari.

Els mateixos autors del primer estudi, tenien el mateix dubte que se'ns planteja aquí, per això Gotard, Flamet, Lecribier i Jammet (2000) amb l'objectiu d'avaluar la presència de un trastorn emocional i l'edat d'inici d'aquest en relació a l'aparició del trastorn alimentari, van obtenir que la presència del trastorn comòrbid havia estat prèvia a l'aparició del trastorn de la conducta alimentaria en un 75% dels subjectes amb anorèxia nerviosa, i el 88% del subjectes amb bulímia nerviosa. Aquets resultats queden reflectits a la taula 3. Els autors assenyalen que aquets resultats obtinguts son consistents amb els estudis realitzats per altres països que també demostren l'existència de un trastorn d'ansietat amb freqüència antes de la presència de un trastorn alimentari.

Taula 3. Temps d'inici dels trastorns d'ansietat en relació amb relació al temps d'aparició del Trastorn Alimentari.

		AN (N=29)	BN (N=34)
Diagnòstic		N (%)	N (%)
Sense trastorn emocional	Anterior	18 (75%)	21 (88%)
	Simultani	4 (17%)	1 (4%)
	Secundari	2 (8%)	2 (8%)
Fòbia Social	Anterior	11 (65%)	18 (90%)
	Simultani	4 (23%)	-
	Secundari	2 (11%)	2 (10%)
Fòbia específica	Anterior	11 (85%)	7 (100%)
	Simultani	2 (15%)	-
	Secundari	-	-
Trastorn d'Ansietat Generalitzada	Anterior	2 (29%)	4 (50%)
	Simultani	2 (29%)	2 (25%)
	Secundari	3 (43%)	2 (25%)
Trastorn de pànic	Anterior	4 (40%)	2 (40%)
	Simultani	4 (40%)	2 (40%)
	Secundari	2 (20%)	1 (20%)

Trastorn de pànic amb agorafòbia	Anterior	1 (50%)	1 (33%)
	Simultani	-	-
	Secundari	1 (50%)	1 (33%)
Agorafòbia	Anterior	1 (100%)	1(50%)
	Simultani	-	1(50%)
	Secundari	-	1(50%)
Trastorn obsessivo-compulsiu	Anterior	2 (33%)	-
	Simultani	1 (17%)	-
	Secundari	3 (50%)	-

Per tant, a partir d'aquesta informació, podem observar l'elevada comorbilitat entre els trastorns emocionals i els trastorns alimentaris, i que aquets en la majoria de vegades son presenten abans de l'aparició del trastorn alimentari.

Tot i això, el fet de que els trastorns alimentaris apareixen entre els 15 i 18 anys i els trastorns emocionals alguns apareguin en la infància però la gran majoria apareixen a partir de l'adolescència o bé en l'edat adulta. Això fa plantejar la possibilitat de un mal diagnòstic , i el que es diagnòstica com un trastorn ansiós o depressiu podria ser simplement simptomatologia premòrbida del posterior trastorn alimentari. Tot i això suposem que les dades plantejades per els autors son certes i el diagnòstic es correcte. El que ens demanariem en aquest cas, seria si aquesta simptomatologia ansioso- depressiva persisteix després de la recuperació del trastorn alimentari.

3.Persistència de la simptomatologia ansiosa i depressiva després de la recuperació

Com hem assenyalat fins ara es ben reconegut que els pacients amb trastorns alimentaris presenten elevada comorbiditat amb els trastorns emocionals. Tot i això, encara no esta ben clar si aquestes son conseqüències de la mal nutrició i el pes baix o aquestes segueixen presents després de la recuperació del trastorn alimentari. Per respondre aquesta qüestió, Pollice, Kaye, Greeno i Weltzin (1997) varen avaluar aquets símptomes en dones amb anorèxia en tres estats de l'enfermetat distints (insuficiència ponderal de pes, pes restaurat a curt plaç i pes restaurat a llarg plaç) i un grup de dones sanes. Se utilitzaren instruments d'autoavaluació i formes estandarditzades per avaluar la depressió (Hamilton Depression Rating Scale i Beck Depression Inventory) ansietat (Spielberger Estatetrait Anxiety Inventory i Hamilton Anxiety Rating Scale) i per les obsessions i compulsions (Yale- Brown obsesive compulsive Scale) i com a resultat van obtenir dades similars en tots els símptomes. Es a dir, les puntuacions per a la depressió, l'ansietat i les obsessions foren més elevades al presentar pesos baixos. Tot i això, els símptomes més lleus però significativament més elevats eren persistents en les subjectes que presentaven pes restaurat en comparació a les subjectes sanes control. Aquestes dades suggereixen que la desnutrició intensifica la gravetat de la depressió, ansietat i les obsessions de l'anorèxia nerviosa. Tot i això , el fet que els símptomes lleus a moderats es mantinguin després de la recuperació del pes fa plantejar que aquests comportaments estiguin relacionats amb la patogènesi d'aquesta malaltia. Aquets mateixos resultats els podem trobar en altres investigacions com puguin ser Bulik (1997);. Casper (1990).

Tot i això, les dades plantejades en aquesta investigació només parlen de recuperació del pes, les subjectes podrien seguir presentant puntuacions elevades en preocupacions per el pes i figura

corporal, l'evitació d'aliments, la realització de purgues o seguint mantenint una dieta restrictiva, que podria explicar les manifestacions subclíniques d'ansietat, depressió i restes d'obsessions i compulsions.

Tot i això si suposem que el trastorn alimentari ja no es present en aquets pacients, això reforçaria la idea de que l'anorèxia nerviosa comparteixen factors comuns amb els trastorns emocionals. Ja que, i com en forma de resum les dades suggereixen què:

- a) Els trastorns alimentaris presenten elevada comorbiditat amb els trastorns emocionals.
- b) Els trastorns emocionals apareixen majoritàriament abans que el trastorn alimentari.
- c) Els trastorns emocionals segueixen persistint o presenten simptomatologia subclínica després de la recuperació del trastorn alimentari.

Aquestes dades, van inspirar a diferents autors els quan van realitzar diferents investigacions per veure la relació d'aquets dos trastorns, entre aquets trobem estudis amb bessons i estudis familiars.

4. Estudis amb bessons i estudis familiars

Per el que fa els diferents estudis entre els bessons aquets suggereixen correlació entre els trastorns alimentaris i certes formes d'ansietat i depressió, lo que suggereix que comprenen un espectre de fenotip heretat (Hudson i col, 2003; Mangeth i col, 2003).

A partir de totes les dades anterior alguns autors com Strober (2007) van hipotetitzar que els trastorns emocionals i l'anorèxia nerviosa tenen una sèrie de factors genètics, neurals i factors de

comportament comuns. El seu objectiu era investigar la associació de l'anorèxia nerviosa amb els trastorns emocionals, més concretament amb els ansiosos a través de l'ús de un disseny de casos i controls. Com a resultat d'aquesta investigació Strober va obtenir que els familiars de primer grau de les participants que presentaven anorèxia nerviosa tenien una major prevalença de: ansietat generalitzada, de trastorn obsessivo-compulsiu, de trastorn d'ansietat per separació, de fòbia social, de trastorn de pànic, en comparació amb familiar de subjectes control que no presentaven un trastorn alimentari. A partir de les dades anteriors i aquesta nova informació, els autors van començar a hipotetitzar i altres a concloure que l'anorèxia nerviosa pot compartir factors de responsabilitat familiar en diferents fenotips d'ansietat. Si això fos així, podríem parlar de una sèrie de factors de vulnerabilitat comuns.

Per tant tindríem: En primer lloc una elevada comorbilitat entre els dos trastorns. En segon lloc, l'aparició anterior dels trastorns emocionals que el trastorn alimentari. Tercer, el manteniment de la simptomatologia ansioso-depressiva després de la recuperació del trastorn alimentari. Quart, dades que suggereixen evidències de correlació genètica i familiar en els trastorns alimentaris i certes formes d'ansietat i depressió. I finalment, no es estrany trobar cognicions cap els estímuls amenaçant, biaixos atencionals cap a l'amenaça i l'evitació en els pacients en anorèxia que semblen ser els mateixos que en les trastorns emocionals.

Aquets darrers processos, son també presents en els trastorns emocionals, es més, son els processos bàsics i centrals de la patologia ansiosa i depressiva. Per aquest motiu passarem analitzar-los exhaustivament , per veure en quina mesura també es donen en l'anorèxia nerviosa.

5. Procesos bàsics dels trastorns emocionals presents en l'anorèxia nerviosa

Sabem que els trastorns emocionals impliquen la presència de tres grans processos centrals, aquets son (Craske, 2003):

Els biaixos atencional cap a l'amenaça i la hipervigilància cap a les potencials senyals amenaçants i la fisiologia associada a aquestes manifestacions. En el cas de la depressió clínica els biaixos atencional hi seran més aviat cap a condicions estimulars relacionades amb pèrdua, fracàs o als estats emocionals que s'hi associen als quals s'hi sumen els biaixos de memòria a favor d'esdeveniments relacionats amb pèrdua-fracàs

Les valoracions centrades en l'amenaça o en la esdeveniments de pèrdua o fracàs.

Les conductes d'evitació tant passives com actives o més en general, la tendència a implicar-se excessivament en determinats estratègies de regulació emocional disfuncionals (entre aquestes trobem la supressió, l'evitació, la ruminació i la preocupació).

Un cop definit i explicat per damunt els processo bàsics en els trastorns emocionals anem a veure si aquets son presents també en els trastorns alimentaris, més en concret en l'anorèxia nerviosa. Per això passarem analitzar cada un d'aquets processos de manera individual.

5.1 Biaixos atencional cap a l'amenaça. Com es sabut els biaixos atencional cap a l'amenaça son present en els trastorns alimentaris, com es el cas de l'anorèxia nerviosa. En aquets pacients podem observar repetides comprovacions del seu propi cos que vendrien donades per aquets biaixos atencional (Faiburn,2003). Tot i això, hi ha evidències empíriques d'aquest procés ? Haynos i Fruzzetti (2011) recullen diferents investigacions que s'han dut a terme sobre aquesta temàtica. Hi ha hagut poca investigació dels biaixos atencional en persones amb anorèxia nerviosa. Tot i això, hi ha evidències que poden ser importants per aquesta població. La major part de contribucions en aquest aspecte venen de la mà de la "tasca stroop".

Un metaanàlisis dels estudis que utilitzen la tasca Stroop, mostren tamanys d'efecte moderat de un biaix atencional cap el cos i el pes corporal en persones amb anorèxia nerviosa, el que suggereix que aquets individus poden ser més sensibles a aquests estímuls (Dodson i Dozois, 2004).

Un altre metaanàlisis sobre aquest tema troba un efecte mitjà, mostrant biaixos atencional per les paraules alimentaries i relacionades amb el cos en comparació amb els subjectes controls (Johanson, Gaderi i Andersson, 2005).

Per un altre part, sembla que aquets biaixos atencional no simplement es realitzen cap estímuls relacionats amb l'alimentació i el propi cos. Un estudi realitzat per Harrison, Sulivan, Tchanturia i Tesoro (2010) obtingueren dades que indicaven que les persones amb anorèxia nerviosa , més en concret, participants amb anorèxia tipus restrictiu, presentaven un major biaix atencional per estímuls socials , particularment rostres tristos, en comparació als subjectes sans. Tot i això, no hi ha més estudis en aquest tema i els autors destaquen la importància de seguir investigant en aquesta línia.

Resumint aquest apartant podem dir que hi ha evidències importants en que les persones amb anorèxia nerviosa presenten nombrosos biaixos atencionals cap a l'amenaça, cap estímuls alimentaris, cap estímuls relacionats cap el propi cos com estímuls socials relacionats amb càrrega afectiva negativa, com puguin ser els rostres tristos.

5.2 Valoracions cognitives centrades amb l'amenaça. En aquets sentit pel que fa a les cognicions centrades en l'amenaça, autors com Manuel i Trazey (2013), obtenen puntuacions més elevades amb pacients amb anorèxia nerviosa que els subjectes controls i una major presència de judicis. Normalment, aquets judicis i biaixos de memòria eren amb càrrega efectiva negativa.

Com a una forma de valoracions cognitives, tenim els judicis. Els judicis en el paradigma cognitivo- conductual, es consideren formes de distorsions cognitives i pensaments automàtics. En quant a l'anorèxia nerviosa es poden destacar una sèrie de distorsions que en el sentit de Beck (1976), Garner i Bemis (1982) que han sintetitzat i que Raich, (1998) recull en la seva obra "Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios". Per el que fa a les distorsions cognitives relacionades amb el pes trobem: abstracció selectiva, generalitzacions, magnificacions, pensaments dicotòmics, idees de autoreferencials, pensaments supersticiosos, inferències arbitràries, ús selectiu de la informació, hipergeneralització i magnificació de lo negatiu.

Per el pes i figura corporal Raich (1998) recull el que T. Cash, anomena la "dotzena bruta" en ella, es descriuen els pensaments automàtics més freqüents. Entre ells trobem, "la bella o la bestia", l'ideal irreal, la comparació injusta, la lupa, la ment cega, la feesa radiant, el joc de la culpa, la ment que llegeix malament, la desgracia que revela, la bellesa limitadora, sentir-se fea i finalment el reflex del mal humor.

5.3 Ús d'estils de regulació emocional disfuncionals. En les persones amb anorèxia nerviosa també trobem evidències de l'ús d'estratègies de regulació emocional disfuncionals, entre aquestes trobem, ús d'evitació tant activa com passiva, la supressió, la preocupació i la ruminació. També trobem altres tipus de regulació emocional que no trobaríem en els trastorns emocionals, com pugui ser la restricció i l'ús de conductes compensatòries amb la finalitat de regular els seus estats emocionals, però en definitiva seria un altre estratègia de regulació, que també trobem amb pacients menjadors emocionals, que normalment es dona davants la presència de situacions amb càrrega afectiva disfòrica.

a) En primer lloc, parlarem d'evitació: L'anorèxia nerviosa, a nivell de mecanisme psicopatològic, podria interpretar-se com una forma d'evitació fòbica. L'objecte fòbic normalment es el pes adult i la seva forma, i aquest temor provoca diferents formes d'evitació. L'evitació d'alguns tipus d'aliments, l'evitació de menjades, l'evitació a menjar en públic, l'evitació a l'exposició del propi cos, l'evitació a ser exposades a l'escrutini públic, l'evitació a pesar-se o a mirar-se al mirall, etc (Faiburn, 1997).

Tot i això pareix que no solament l'evitació es dona amb estímuls relacionats amb el propi cos i el menjar, sinó que també aquest procés pareix donar-se en l'evitació a situacions de intimitat i a l'expressió del les seves emocions i sentiments als demés (Arselus, Haslam, Farrow i Meyer (2003). Per demostrar aquest fet autors com Davines, Cisne, Smith i Tchanturia (2013) van comprovar les expressions verbals de les emocions en persones amb anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa i un grup de subjectes sanes. Per avaluar les expressions verbals van utilitzar proves com el Linguistic Inquiry i el World Count. Els participants també completaren el qüestionari de

regulació emocional (ERQ). Els resultats mostraren que les persones amb anorèxia nerviosa utilitzen menys paraules al descriure experiències emocionals i menys paraules d'afecte positiu. Aquesta evitació d'experiències emocionals, com apunten diferents investigacions (Layanda i Anderson, 2010; Lavander i col., 2011 i Rawal i col., 2010) es correlaciona amb patrons alimentaris desordenats.

Es ben clar que les persones amb anorèxia nerviosa l'ús de l'evitació es una eina de regulació emocional important, si observem les diferents dades de comorbiditat amb els trastorns de personalitat trobarem que aquesta població presenta puntuacions més elevades que la població normal amb el trastorn de personalitat per evitació. El 35% de les persones diagnosticades amb anorèxia nerviosa, amb una taxa superior a les anorèxiques de tipus restrictius presenten comorbiditat amb aquest tipus de trastorn de la personalitat (Gartner i col., 1989; Gillberg, Rastam i Gillberg, 1995); Thornton i Rusell, 1997).

b) Supressió: L' Investigació citada anteriorment (Davines, Cisne, Smith i Tchanturia, 2013) que estudiava l'evitació de les expressions emocionals, també va prestar atenció al fenomen de la supressió. En aquets aspecte, vam obtenir que les pacients tant anorèxiques com bulímiques presentaven puntuacions més altes en la subescala de supressió de la prova ERQ en comparació a les subjectes control. A més, aquesta supressió es correlacionava negativament en la expressió verbal negativa.

c) Preocupació i ruminació: La preocupació i la ruminació semblen ser un dels principals focus dels trastorns alimentaris, tot i això la majoria de dades que hem obtingut d'aquest processos venen de la mà de altres trastorns. Autors com Starturp, Lavender, Oldershaw, Stoot, Tchansturia, Treasure i Schumidt (2013), assenyalen que la dificultat per la comprensió de les

emocions i el maneigament d'aquestes son les principals característiques de l'anorèxia nerviosa i que la preocupació i ruminació foren predictors significatius de la simptomatologia del trastorn alimentari. Per demostrar l'existència d'aquets, els autors van prendre mesures de preocupació i ruminació i com a resultat van obtenir que les participants amb anorèxia nerviosa presentaven puntuacions més elevades que les subjectes controls i que el grup de comparació del trastorn d'ansietat. Els diferents estudis que realitzaren els autors indicaren que la preocupació i la ruminació foren predictors significatius de la simptomatologia del trastorn alimentari.

En la mateixa línia, altres estudis demostren que participants amb antecedents d'anorèxia nerviosa tenien puntuacions altes en ruminació amb el menjar, pes i forma corporal en comparació a participants controls sense psicopatologia (Crowdrey i Park, 2011) i que ruminar en menjar, amb el pes i la forma, va prediure significament els símptomes del trastorn després de controlar la depressió i l'ansietat.

Estudis posteriors, Sternheim, Starturp, Saeidi, Morgan, Hugo, Russell i Schmidt (2012), demostren que aquestes preocupacions no només es fan qüestions alimentaries sinó que aquestes també poden fer referència a preocupacions i a ruminacions intrapersonals e interpersonal.

A partir de les dades presentades anteriorment, podem assenyalar que la preocupació i la ruminació juguen un paper important en el manteniment de la psicopatologia. Aquets autors assenyalen la importància clau de la intervenció en aquets aspectes en la terapèutica del trastorn.

d) Un altre estratègia de regulació emocional disfuncional, que utilitza aquesta població es la restricció i les seves conductes compensatòries. Faiburn (2008) en la seva darrera obra "Cognitive Behaviour Teraphy and Eating Disorders", introdueix per primera vegada el que ell anomena "intolerància als estats emocionals disfòrics (Mood Intolerance). En relació aquest

fet, Faiburn assenyala que els hàbits alimentaris del pacient amb trastorns alimentaris son sensibles als esdeveniments externs i canvis d'estat d'ànim. Els canvis en l'alimentació poden prendre forma: en menjar menys, deixar de menjar per complet, menjar en excés o realització de panxades (subjectives o objectives) o el canvi amb la freqüències de purgues o l'excés de exercici físic. Una varietat de mecanismes son responsables de la realització d'aquetes conductes:

Menjar menys per guanyar control personal quan esdeveniments externs es troben fora del control del pacient. Això es molt vist amb pacients amb insuficiència ponderal de pes. En algunes ocasions alguns pacients deixen de menjar per complet.

Menjar menys com una forma de influir en els demés i expressar les seves emocions. El fet de menjar menys seria una forma disfuncional per expressar els seus estats emocionals com pugui ser la ira, l'angoixa, el desafiament, etc.

Panxades o vòmits, o els dos, com estratègia d'enfrontament als esdeveniments o estats d'ànim negatius. Les panxades de menjar tenen dos propietats rellevants en aquest sentit. En primer lloc, distreu al pacient dels pensaments inquietants, i en segon lloc, té un efecte regulador-modulador directa en que amortigua i disminueix els estats emocionals intensos del pacient.

Dit això, es podria entendre la majoria de conductes alimentaries del pacients amb anorèxia nerviosa com estratègies de regulació emocional als fets externs. La pregunta que ens sorgeix es perquè utilitzen aquestes formes disfuncionals per regular als seus estats emocionals. La resposta aquesta pregunta podria venir de la mà de Sternheim, Startup, Pretorius, Johnson- Sabine, Schmidt i Channon (2012). En un dels seus estudis, aquets autors obtingueren evidències de que les persones amb anorèxia nerviosa, presentaven solucions més pobres que les subjectes controls i una major evitació cognitiva que els subjectes sans. La manca d'estratègies de solució de problemes

jugarien un paper clau en el manteniment de les conductes del trastorn alimentari, ja que si tenen un dèficit dins la seva “caixa de eines “, les úniques estratègies que poden utilitzar són les del trastorn alimentari. Per aquest motiu, l'entrenament en solució de problemes pot ajudar per ajudar a disminuir la dependència dels comportaments disfuncionals i substituir aquets per una forma més adaptativa de regulació emocional.

Seguidament, anem a veure si l'anorèxia nerviosa podria encaixar dins el model de la triple vulnerabilitat de Barlow que explicaria un possible model de la etiologia dels trastorns alimentaris. Si aquest encaixa amb el trastorn, tindriem més dades a favor de la etiologia del trastorn.

6.El paral·lelisme entre el model de la triple vulnerabilitat de Barlow per els trastorns emocionals i l'anorèxia nerviosa

Fent referència al model de la Triple Vulnerabilitat de Barlow, aquest autor ens parla de tres tipus de vulnerabilitats que incrementen la probabilitat de patir un trastorn emocional; la vulnerabilitat biològica generalitzada, la vulnerabilitat psicològica generalitzada i finalment la vulnerabilitat psicològica específica (Barlow, 2008).

La vulnerabilitat biològica generalitzada diu que les persones amb característiques temperamentals marcades per una elevada afectivitat negativa tenen major predisposició a patir trastorns emocionals. L'afectivitat negativa, també coneguda com a neuroticisme, pot donar lloc a una major probabilitat a experimentar un ventall d'emocions negatives. La presència d'elevada afectivitat negativa s'associa a una major reactivitat emocional i, essent així, facilita l'activació dels

processos ansiosos i les dificultats per inhibir-los. A banda de la reactivitat emocional, la vulnerabilitat biològica bàsica també afectaria notablement a la capacitat de modular la reactivitat emocional (això és la regulació emocional) tot i que l'aprenentatge (en especial estils de criança) també hi intervé (Barlow,2008).

Per un altre part, trobem la vulnerabilitat psicològica generalitzada. Aquesta mantén una relació sinèrgica amb la biològica, seria el resultat d'experiències vitals primerenques (pautes de criança que inhibeixen el desenvolupament d'estratègies d'afrontament per resoldre problemes i sentiments d'autoeficàcia, exposició a esdeveniments estressògens i a un ambient imprevisible..), però facilitades per la vulnerabilitat biològica prèvia si hi és , que donarien lloc a sentiments generals d'incontrolabilitat i impredictibilitat.(Barlow, 2008)

Finalment, tindríem la vulnerabilitat psicològica específica, que faria referència a determinades experiències d'aprenentatge que farien que s'establís el lligam entre la reaccions d'ansietat a aquests estímuls o contextos tant interns com externs (Barlow, 2008).

6.1 Paral·lelisme de la vulnerabilitat biològica generalitzada del model de Barlow dels trastorns emocionals a l'anorèxia nerviosa. Per poder establir el paral·lelisme entre la vulnerabilitat biològica dels trastorns emocionals en l'anorèxia nerviosa tindríem que veure si: les pacients amb el trastorn alimentari presenten elevat afecte negatiu i en segon lloc si aquestes present un estil deficient en la regulació emocional.

En primer lloc, alguns autors com Jacob i Fitting (2010) defensen que un dels factors de risc més robust que hi ha per el desenvolupament de un trastorn alimentari es el fet de presentar un alt

afecta negatiu. Per un altre part, la dificultat en la regulació emocional d'aquets pacients sembla ser un dels principals factors etiològics i de manteniment d'aquesta psicopatologia. Les darreres línies d'investigació semblen anar encaminades cap aquest aspecte, i totes elles ressalten aquesta dificultat alhora de regular els estats emocionals.

Un d'aquets estudis es el realitzat per Manuel i Trazey (2013), els quals demostren que les persones amb anorèxia nerviosa presentaven major dificultats en la regulació emocional que les controls, a més de puntuacions més elevades en depressió i més biaixos de memòria amb carrega afectiva negativa. Resultats similars podem trobar en investigacions com: Menvin, Moskovich, Wagner, Ritschel i Craighead (2013); Brockmeyer, Apoyos, Holforth, Pfeiffer, Herzog i Freedereich (2012). Alguns autors com Haynos, Fruzzethi estan tan convençuts del paper que juga la regulació emocional en l'anorèxia nerviosa que han creat un model on superposen l'anorèxia nerviosa al seu model transaccional dels trastorns emocionals.

En primer lloc, presentaré el model aplicat als trastorns emocionals i després veurem la superposició d'aquest a l'anorèxia nerviosa.

El model presenta que les persones que tenen trastorns emocionals tenen una sèrie de característiques de vulnerabilitat temperamentals que fan més probable l'aparició d'aquets trastorns. (major sensibilitat a les emocions (major facilitat d'activació dels processos ansiosos), major reactivitat alhora de tornar a la línia base i afectivitat augmentada). Juntament amb aquestes característiques temperamentals trobem un major nombre de respostes invalidants a les emocions, als pensaments i als desitjos.

El model posa de relleu tres fonts d'excitació emocional quan un individu experimenta o discrimina un esdeveniment emocional normal que pot produir-se moltes vegades al dia. El

nombre d'esdeveniments emocionals no es un nombre objectiu, sinó què està influenciat per la sensibilitat emocional de l'individu. Els tres factors que influeixen en l'excitació emocional són: En primer lloc, la vulnerabilitat a l'excitació negativa, a l'esdeveniment i els judicis que ell fa sobre l'esdeveniment, sobre un mateix o els altres. Si l'excitació emocional agregada resultant d'aquest factor es suficient, la persona se convertirà en mal reguladora. Una elevada excitació emocional augmenta la probabilitat d'expressió inexacte de les experiències internes de un mateix, que pot prendre forma de comportaments fora de control. Aquesta expressió inexacte, alhora pot fer que sigui menys probable que els demés entenguin l'expressió de les emocions de la persona, i per tant menys probable que entenguin la experiència emocional, i per tant és més probable que els individus siguin invalidats per els altres, lo que augmenta encara més la probabilitat de desregulació emocional. Quan aquestes operacions donen lloc a experiències generalitzades de invalidació, la persona es torna més vulnerable emocionalment a tenir reaccions negatives als esdeveniments en el futur.

Posteriorment anem a veure com aquest model s'aplica a l'anorèxia nerviosa:

Aquest model planteja la hipòtesis de que les persones amb anorèxia nerviosa presentarien les mateixes característiques de vulnerabilitat que les anomenades en el model anterior. Aquest model també postula que les persones amb anorèxia nerviosa han experimentat una història de reaccions invalidants respecte a una varietat de experiències internes (emocions, gana, sacietat, la imatge corporal) relacionada amb la influència familiar i la cultura. La combinació de la vulnerabilitat emocional i una historia de respostes invalidants augmenta la probabilitat de que els individus amb anorèxia nerviosa seran emocionalment mal reguladors quan es presenta un

esdeveniment emocional ordinari (incloent els esdeveniments relacionats amb els aliments i el cos, així com altres esdeveniments emocionals rellevants).

Quan una persona amb anorèxia nerviosa experimenta un esdeveniment emocional, en particular amb una entitat relacionada amb els aliments o el cos (per exemple, menjar o veure el seu reflex del cos a un mirall), el o ella experimenta excitació emocional augmentada, com sigui l'augment d'ansietat o vergonya. Posteriorment , aquestes persones experimenten una gran varietat de judicis (per exemple; estic gras/sa) que es tradueix en un augment de l'excitació emocional i desregulació. La desregulació condueix a l'expressió inexacte, tant en forma de problema de comunicació en relació amb l'activació emocional (per exemple diguent: “ No tinc gana”, en lloc d'expressar l'ansietat per menjar, quan en realitat la persona està literalment morint-se de gana) i en la forma de comportament (per exemple, la restricció alimentaria). Aquesta expressió inexacte augmenta la probabilitat de rebre una resposta invalidant. (per exemple: ¿Perquè no pots menjar alguna cosa?. Al mateix temps, el comportament del trastorn alimentari es reforçat negativament a través de la reducció de la activitat emocional (la restricció, el vòmit induït i les conductes compensatòries redueixen l'ansietat). En darrera instància, la seva conducta condueix a la pèrdua de pes, el que fa augmentar la probabilitat de crítica i de respostes invalidants (per exemple: què et passa?) i la possibilitat d'anul·lació de les emocions vàlides (malentesos, o criticar, experiències emocionals primàries de la persona) i augmenta que la gent validi comportaments no vàlids (per exemple: m'agradaria estar tan prima com tu). A més, la pèrdua de pes amb el temps condueix a estats d'inanició, que es caracteritzarien, la fatiga i dificultats de concentració, lo que augmentaria encara més la vulnerabilitat emocional. D'aquesta manera, la persona passaria a regular les seves emocions , tant les relacionades amb el cos i l'alimentació, com les relacionades amb altres esdeveniments emocionals utilitzant la restricció i altres

comportaments (purgues, exercici físic intensa...) com a forma d'escapar aquesta excitació dolorosa. Curiosament, quan la persona està més exposada a esdeveniments que li generen angoixa (degut a l'augment de la vulnerabilitat emocional, els esdeveniments negatius i les respostes invalidants) les conductes típiques del trastorn alimentari són més freqüents i més intenses.

Per tant com hem vist, l'anorèxia nerviosa presenta alt afecte negatiu, elevada reactivitat emocional, dificultat per tornar a la línia base i dificultats en la regulació emocional de la mateixa forma que els trastorns emocionals.

En el següent esglaió trobem la vulnerabilitat psicològica generalitzada, que explicarem en el següent apartat.

6.2 Paral·lelisme de la vulnerabilitat psicològica generalitzada del model de Barlow dels trastorns emocionals a l'anorèxia nerviosa. Com hem dit anteriorment, la vulnerabilitat psicològica generalitzada fa referència al conjunt d'experiències vitals primerenques, com serien les pautes de criança. Per el que fa als trastorns emocionals aquestes es caracteritzen per la inhibició del desenvolupament d'estratègies d'afrontament per resoldre problemes, baixos sentiments de autoeficàcia, exposició a esdeveniments estressògens i un ambient impredecible. Aquestes pautes de criança acabarien generant sentiments de impredecibilitat i incontrolabilitat tant de un mateix com dels altres i de l'entorn. La qüestió que ens sorgeix, és si en l'anorèxia nerviosa es donen aquestes pautes de criança o similars.

Si sabem que els pares de pacients amb anorèxia nerviosa presenten de forma significativa més trastorns ansiosos i depressius que les subjectes controls (Ochoa, Espinosa i Ortega, 2006), això suggereix no solament una major predisposició a patir trastorns emocionals, sinó que aquets mostrarien en major mesura comportaments disfuncionals per regular les seves emocions.

D'aquesta manera, els fill/es d'aquestes persones estarien més exposades a respostes invalidants dels seus pares. I per un altre part, serien més propenses a aprendre aquestes formes de regulació.

Pel que fa a la resolució de problemes trobem diferents autors que reafirmen la hipòtesis de un dèficit en la resolució de problemes en les famílies amb anorèxia nerviosa, entre aquests trobem: Minuchin (1978); Strober i Yager (1985) els quals no només destaquen aquest dèficit sinó que a més parlen de la involucració dels menors en els conflictes dels pares, triangulacions, coercions i problemes de comunicació familiar. Altres autors citats per Vallejo (2010), Selvini i Palazoli (1978) parlen de una eternitat dels conflictes, on aquets s'allarguen més del que seria necessari i pareixen mai acabar.

Per un altra part trobem una elevada sobreprotecció: Els mateixos autors anteriors, Selvini i Palazoli (1978), assenyalen que el model familiar que es troba amb molt freqüència en pacients amb anorèxia nerviosa es caracteritza per un elevada sobreprotecció, una elevada rigidesa i en general un estil de relació en que el no reconeixement dels límits personals dificultaria el desenvolupament de l'autonomia d'aquestes pacients. Altres estudis més recents, suggereixen que les famílies de persones amb anorèxia nerviosa son més propenses a implicar-se i a ser més intrusives que les famílies de les pacients sanes (Kyriakon, Treasure i Schmidt, 2008; Polivy i Herman, 2002). Altres estudis, també han assenyalat que les mares de les persones amb anorèxia nerviosa, s'involucren més en la paternitat que les mares de les controls (Dare, Le Grange, Eisler i Rutherford, 1994).

Posteriorment, també trobem diferents pautes de criança que ajudarien a generar un baix sentiment d'autoeficàcia en aquesta població. Diferents estudis mostren que les famílies de

pacients amb anorèxia nerviosa presenten un alt nivell d'aspiracions però a la vegada son més crítiques que les famílies de subjectes sanes (Selvini i Palazoli,1978).

Finalment, autors més recents destaquen que les famílies de pacients amb anorèxia nerviosa hi ha una baixa expressió de les emocions. En aquesta mateixa línia les respostes dels membres de la família son més invalidants emocionalment que les de les famílies controls(Kyriakon, Treasure i Schmidt, 2008; Polivy i Herman, 2002).

Per un altre part, i sense deixar de banda la família, els darrers estudis dels darrers anys parlen de la transmissió per part dels pares de un model corporal prim mitjançant moldejament o mitjançant comentaris o crítiques referides a l'aspecte físic. Aquesta transmissió ajudaria a incrementar la sobrevaloració del pes i la figura corporal.

Aquestes dades hem duen a la següent hipòtesis :L'elevada sobreprotecció, i la falta d'autonomia dificultarien la posada en marxa d'estratègies adaptatives o la pràctica d'aquesta. Juntament aquest dèficit, l'elevada conflictivitat, tant en freqüència com en durada, juntament els dèficits de resolució d'aquests i les respostes invalidants dels seus pares crearien un sentiment de impredecibilitat e incontrolabilitat en les pacients amb anorèxia nerviosa. Juntament aquesta, tindriem l'alt nivell d'aspiracions que degut a l'elevada crítica crearia un baix sentiment d'autoeficàcia en la persona amb anorèxia nerviosa ja que les seves respostes mai estarien suficientment correctes. A través d'aquesta explicació podríem veure un possible origen de com sorgeix la baixa autoestima i l'elevat perfeccionisme en aquesta població.

Dins aquesta transmissió de pautes de criança primerenques també juga un paper important la cultura. La pressió sociocultural a l'esveltesa juntament a la estigmatització de la obesitat , juga un paper fonamental. (Raich, 1998). L'anorèxia nerviosa es molt menys freqüent o bé inexistents

en societat on els canons de bellesa son diferents als occidentals. Els trastorns alimentaris son molt estranys en població negra africana o Xinesa. Però quan aquestes han emigrat a la població occidental el nombre d'aquestes s'incrementa i s'equipara (Raich, 1998). D'aquesta manera, la societat occidental moderna actuaria com un ambient ambivalent sobre la imatge corporal i l'alimentació, especialment per les dones . Aquets missatges tan comuns i difusos en la societat poden fer que els individus que presenten vulnerabilitat emocional puguin tenir l'experiència de invalidació emocional (Frunzetti & Haynos, 2013).

La suma tant de les pautes de criança invalidants juntament a la influència de la cultura i la vulnerabilitat biològica crearien un possible camp de cultiu idoni per al desenvolupament del trastorn alimentari.

6.3 Paral·lelisme de la vulnerabilitat psicològica específica del model de Barlow dels trastorns emocionals a l'anorèxia nerviosa. Finalment, trobem la vulnerabilitat psicològica específica que de manera molt resumida faria referència al lligam de la simptomatologia ansiosa amb la situació o objecte específic. En el cas de l'anorèxia nerviosa aquest lligam basant-nos amb els model de regulació descrit per Frunzetti que hem esmentat anteriorment, s'establiria al realitzar una dieta restrictiva. El fet de realitzar una dieta restrictiva i veure la restricció com una forma eficient (al principi) per regular els seus estats emocionals crearia aquest lligam. Per que diem que aquest es eficient en el principi? Al principi el fet d'aprimar-se es reforçat per les persones que l'envolten amb respostes invariants com: “que bé t'has aprimat, et veus més bé”, “m'agradaria estar tant prima com tu”, “quina força de voluntat tens per fer aquesta dieta tan dura”... Aquestes respostes reforçarien aquesta restricció. El problema sorgirà quan aquesta dieta passa a ser

insuficient i la restricció ha d' augmentar per aconseguir aprimar-se. Això duria a les formes més extremes i a l'aparició de les conductes compensatòries. Alhora la pacient veu aquestes formes compensatòries com a un altre forma de regulació del seu afecte establint lligams amb aquestes conductes. Finalment, la pacient arribaria a estats d' inanició, que alhora veuria aquests com una nova forma d'amença del control emocional i passaria a restringir encara més.

En l'estat d' inanició les primeres preocupacions per el pes i la figura corporal que es tenien en el principi (ja sigui per els models parentals transmesos per els pares, per elevat perfeccionisme i la baixa autoestima) s'intensifiquen en aquest estat . Sabem que el simple fet de realitzar una dieta restrictiva i arribar a estats d' inanició explicaria gran part de la simptomatologia de l'anorèxia nerviosa i que es dona també amb els subjectes controls. Un experiment realitzat per la Universitat de Minesota (1950) citats per Garner & Garfinkel (1997), on 36 homes sans sense antecedents de psicopatologia van estar sota restricció calòrica durant 6 mesos fins arribar en estats de pre-inanició. A part de les respostes individuals a la pèrdua de pes, la majoria van experimentar canvis dràstics i dramàtics, tant físics com psicològics. En la majoria de casos aquets persistiren durant fases posteriors a la restitució del pes normal. Entre aquets símptomes trobem: augment desmesurat de les preocupacions per el menjar, interessos per la gastronomia, planificació de les menjades, menjar lentament amb el propòsit de prolongar la ingesta, tendència a fer mescles d'aliments, demanar que el menjar se'ls servis calent, augmentar considerablement la ingesta de sal i espècies, té i cafè, el mastegar xiclet, etc. Durant la recuperació de pes, molts van sofrir panxades. Aquestes eren provocades per la sensació de pèrdua de control que els duia a la realització del vòmit. Durant l'etapa d'iniciació, alguns d'ells experimentaren baix estat d'ànim, disminució de l'interès social i sexual i la disminució de la concentració, l'atenció, la comprensió, sense que la intel·ligència es ves afectada.

Per tant la vulnerabilitat prèvia juntament amb les pautes de criaça, es veurien a les conductes alimentaries com una forma de regulació dels seus estats emocionals fins arribar a estats d'inanició. On aquest estat es veuria augmentat encara més per la vulnerabilitat emocional i les respostes invariants que dificultarien la recuperació i mantindrien la problemàtica.

Discussió

Com hem pogut comprovar al llarg d'aquest treball de recerca, hi ha moltes evidències de les similituds entre els trastorns emocionals i l'anorèxia nerviosa. Aquestes pareixen apuntar a una etiologia i a una sèrie de processos comuns. Diferents investigacions demostren alta prevalença entre els trastorns emocionals i l'anorèxia nerviosa. En segon lloc, aquets trastorns emocionals pareixen aparèixer abans que el trastorn alimentari. En tercer lloc, simptomatologia ansiosa i depressiva segueix persistint després de la recuperació de pes a llarg plaç del trastorn alimentari, això desmentiria la hipòtesis de que la simptomatologia ansiosa i depressiva es degut a estats d'inanició de la malaltia i reforçaria l'idea de factors de vulnerabilitat i de manteniment comuns. Diferents estudis familiars indiquen alta prevalença de trastorns emocionals en familiars de persones amb anorèxia nerviosa, de la mateixa manera que estudis amb bessons homozigots. Per un altre part, observem com els principals processos ansiosos son presents en l'anorèxia nerviosa. A través del la superposició que he fet al model Barlow podríem veure una possible interpretació de la etiologia de l'anorèxia nerviosa a partir de una sèrie de vulnerabilitats comuns amb els trastorns emocionals (alt afecte negatiu, estil de regulació emocional disfuncional, pautes de criança que generarien sentiments de incontrolabilitat e impredictibilitat). Finalment el fet de realitzar una dieta restrictiva juntament amb aquestes vulnerabilitats prèvies, augmentarien la possibilitat de desenvolupar aquest trastorn alimentari.

Tot i això, aquesta informació obtinguda encara s'ha de collir amb pinces ja que la informació es molt ressent i tots els autors conclouen al final de cada investigació que aquest processos necessiten més investigació. L'estudi en els processos bàsics assenyalats anteriorment, on sembla estar bastant desenvolupat per els trastorns emocionals, seria de grans ajuda extrapolar-los als

trastorns alimentaris. Així, ens permetrien veure si aquets juguen un paper important en la etiologia i manteniment de la patologia.

Referències

- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167. Doi:10.1016/j.cpr.2012.10.009.
- Barlow, D. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford.
- Blinder, B., Cumella, E & Sanathara, V. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462. Doi:10.19097/01.psy.0000221254.77675.f5.
- Brockmeyer, T. , Bents, H., Holtforth, M.G., Pfeiffer, N., Herzog, W., Friederich, H. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 550-553. Doi:10.1016/j.psychres.2012.07.009.
- Brownell, K & Faiburn, C. (1997) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford.
- Castro, J., Vandereycken, W & Wanderlinden (1991). *Anorexia y Bulimia*. Madrid:Roca.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders*. Amsterdam: Elsevier.
- Crowdrey, F & Park, R. (2011). Assessing rumination in eating disorders: Principal component analysis of a minimally modified ruminative response scale. *Eating Behaviors*, 12(4), 321-324. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.08.001.

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. & Wilson, G.T. (2008). Eating disorders. A transdiagnostic protocol. A Barlow, D.H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders. A Step-by-Step Treatment Manual (Fourth Edition)* (pp. 578-614). New York: Guilford.
- Fonville, L., Lao-Kaim, N., Giampietro, V., Van den Eynde, F., Davies, H., Lounès, N., Andrew, C., Dalton, J., Simmons, A., Williams, S., Baron-Cohen, S., Tchanturia, K. (2013). Evaluation of Enhanced Attention to Local Detail in Anorexia Nervosa Using the Embedded Figures Test; an fMRI Study. *Plos One*, 8(5), 63964. Doi: 10.1371/journal.pone.0063964.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. (2aed., pp. 94-144). New York: Guilford.
- Gotard, N., Flament, M., Lecrubier, Y & Jaemmet, P. (2000). Anxiety disorder in anorexia nervosa and bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance. *European Psychiatric*, 15(1), 38-45. doi:10.1016/S0924-9338(00)00212-1.
- Haynos, A., Frunzetti, A. (2011). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(3), 208-214.
- Kyriacou, O., Treasure, J., Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.

Pollice, C., Kaye, W., Greeno, C & Weltzin, T. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to State of illness in anorexia nervosa. *International Journal of eating disorders*, 21(4), 367-376. Doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(1997)21:4367:AID-EAT10≥3.0.CO;2-W.

Polivy, J & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. Doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103.

Raich, R. (1998). *Anorexia y bulímia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J., Schmidt, U. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 301-316. Doi: 10.1017/S1352465812000847.

Sternheim, L., Pretorius, N., Johnson-Sabine, E., Schmidt, U., Channon, S. An experimental exploration of social problem solving and its associated processes in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 534-529. Doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.029.

Sternheim, L., Startup, H., Saeidi, S., Morgan, J., Hugo, P., Russell, A & Schmidt, U. (2012). Understanding catastrophic worry in eating disorders: Process and content characteristics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 1095-1103. Doi: 10.1016/j.jbtep.2012.05.006.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C & Diamond, J. (2007). The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental

implications. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 46-51.

Doi:10.11002/eat.20429.

Vallejo, J. (2010). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: El Sevier
Masson.