

L'OUTCOME NEI PAZIENTI AFFETTI DA ANORESSIA NERVOSA E I SUOI CORRELATI CON IL SENSO DI ACCETTAZIONE GENITORIALE PERCEPITO

De Biasio, V.; Colombo, F.; Salvati, T.

Ambulatorio DCA, UOSM 13-16, Asl Caserta (CE)

Introduzione. In letteratura, diversi autori hanno evidenziato l'influenza delle dinamiche familiari nello sviluppo e nell'evoluzione di alcuni disturbi della condotta alimentare (Palazzoli, 1974). Tale indagine è risultata molto utile per evidenziare le differenze tra i campioni di controllo e quelli affetti da bulimia nervosa e anoressia nervosa: dai dati appariva evidente che questi ultimi considerassero le proprie famiglie come negligenti, controllanti e meno affettuosi rispetto al campione di controllo (Humphrey, 1987). Più di recente sono emerse delle correlazioni significative tra i soggetti affetti da anoressia nervosa e stile di attaccamento genitoriale di tipo respinto/preoccupato (Batista *et al.*, 2018). Sembra che il rifiuto genitoriale abbia un impatto significativo sui soggetti appartenenti alla popolazione mondiale, indipendentemente dalla cultura, dall'età, dallo status socioeconomico e dall'etnia e che nei soggetti "rifiutati", le aree di vita maggiormente interessate siano quelle dell'adattamento psicologico e del funzionamento comportamentale. Tali aree sembrerebbero essere anche alla radice dello sviluppo dei DA. L'obiettivo principale del presente studio è quello di indagare la presenza di relazioni significative tra la consapevolezza di accettazione o rifiuto genitoriale e i fattori precipitanti e di mantenimento dei DA (disagio relativo all'immagine corporea, sintomi e preoccupazioni associati ai DA e valore del BMI).

Metodologia. Il campione di riferimento è composto da 23 soggetti tra i 14 e i 35 anni (22 F e 1 M), con età media di 20.04 (± 5.67) e BMI medio di 17.61 (± 2.18). I soggetti, in cura presso l'ambulatorio per DCA di Maddaloni dell'ASL di Caserta (CE), hanno ricevuto una diagnosi di DA (AN: 82.61%; Arfid: 13.04%; BN: 4.35%). Essi sono studenti (86.96%), disoccupati (8.7%) o lavoratori (4.35%).

Ai soggetti sono stati somministrati i seguenti questionari: l'EAT-26, il BUT (utilizzati per completare la diagnosi di DA) e il PARQ (lo strumento principe).

L'EAT-26, ossia l'*Eating Attitudes Test* (Garner & Garfinkel, 1979; Garner *et al.*, 1982), è un test autosomministrato che ha lo scopo di rilevare e misurare i sintomi e le preoccupazioni associati ai DA, mediante 26 item su scala Likert (da "sempre" a "mai"). L'EAT-26 indaga tre fattori fondamentali dei DA: il *dieting*, la bulimia e il controllo orale.

Il BUT, ossia il *Body Uneasiness Test* (Cuzzolaro & Vetrone, 1999), un test autosomministrato che valuta il disagio relativo all'immagine corporea mediante 34 item su scala Likert a 5 punti (da "mai" a "sempre"). Il disagio viene indagato mediante 5 sottoscale: paura di ingrassare, preoccupazione per l'immagine corporea, autocontrollo compulsivo, evitamento e depersonalizzazione.

Lo strumento principe, il PARQ (Rohner & Khaleque, 2012), ossia il *Parental Acceptance – Rejection Questionnaire*, è un questionario di autovalutazione che rileva il grado di percezione di accettazione/ rifiuto genitoriale (suddiviso in materno e paterno), del quale è stata utilizzata la versione breve per adulto. Esso indaga le seguenti quattro scale di valutazione, misurate su una scala Likert a quattro punti (da "quasi sempre vero" a "quasi mai vero"): la percezione di calore e affetto genitoriale (8 item), la percezione di ostilità e aggressività genitoriale (6 item), la percezione di indifferenza/ negligenza genitoriale (6 item), la percezione di rifiuto indifferenziato/generalizzato (4 item).

Risultati. I risultati hanno evidenziato una correlazione significativa tra la percezione di rifiuto materno (PARQ M) e l'indice di massa corporea (BMI); una correlazione significativa tra la

percezione di rifiuto paterno (PARQ P) e l'indice di massa corporea (BMI); una correlazione significativa tra la percezione di rifiuto materno (PARQ M) e l'età dei soggetti con DA. Inoltre non si riscontrano relazioni significative tra il disagio relativo all'immagine corporea (BUT) e la percezione di rifiuto materno/ paterno (PARQ M/ P) e nemmeno tra i sintomi e le preoccupazioni associati ai DA (EAT-26) e la percezione di rifiuto materno/ paterno (PARQ M/P).

Conclusioni. Dai risultati emergono delle correlazioni significative tra il BMI le percezioni di rifiuto materno e paterno: nello specifico sembrerebbe che l'outcome organico (BMI) sia significativamente correlato alla consapevolezza della percezione di rifiuto, misurata mediante il PARQ, poiché all'aumentare dell'uno aumenta anche l'altro. Non si evidenziano relazioni significative né tra il disagio relativo all'immagine corporea (misurato con il BUT) e la percezione di rifiuto materno/ paterno (valutato con il PARQ M/ P), né tra i sintomi e le preoccupazioni associati ai DA (misurati con l'EAT-26) e la percezione di rifiuto materno/ paterno (valutato con il PARQ M/ P).

Dunque il disagio relativo all'immagine corporea non cambia con la consapevolezza della percezione del rifiuto genitoriale ma si può concludere che i pazienti che raggiungono un BMI nella norma, e dunque il peso forma, sono gli stessi che verbalizzano una consapevolezza nel percepire lo sguardo genitoriale come rifiutante. È interessante notare che si evidenzia anche una relazione significativa tra l'età e la percezione di rifiuto materno cioè i soggetti che si trovano in una fascia d'età più matura sono quelli che percepiscono il rifiuto materno come molto più evidente rispetto a quelli meno maturi.

Concludendo sembrerebbe che l'insight clinico associato alla percezione di rifiuto genitoriale, e quindi la sua verbalizzazione, sia associato al BMI, ossia ad uno dei fattori fondamentali alla ripresa dello stato fisico e fisiologico dei pazienti con DA. Inoltre sembrerebbe che la maturità dei soggetti possa essere considerata significativa per la consapevolezza della percezione di rifiuto materno.

Bibliografia

- Batista, M., Žigić Antić L., Žaja O., Jakovina T., Begovac I. (2018). *Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents*. Acta Clin Croat. 57(3): 399-410. doi: 10.20471/acc.2018.57.03.01
- Humphrey, L.L. (1987). *A comparison of bulimic-anorexic and non-distressed families using structural analysis of social behavior*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26(2), 248-255. doi:10.1097/00004583-198703000-00023
- Palazzoli, M.S. (1974). *Self-Starvation: From Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. London: Human Context Book, Haywards Heath.

valeria.debiasio@aslcaserta.it
3458366838