

# Immagine corporea: confronto tra pazienti con disturbi del comportamento alimentare e pazienti con altri disturbi psichiatrici afferenti al Servizio di Psicoterapia del Policlinico "G.B. Rossi" in Verona

*Body image: comparison between eating disordered patients and other psychiatric patients at the Psychotherapy Centre of "G.B. Rossi" Hospital in Verona*

O. SICILIANI  
R. SIANI  
M.S. CASTELLAZZI

Dipartimento di Medicina e Sanità  
Pubblica, Sezione di Psichiatria  
e Psicologia Clinica, Servizio di  
Psicoterapia, Università di Verona

## Key words

*Body image • Eating disorders • Bulimia nervosa • Anorexia • Binge eating disorder depression • EDI-2 • PHQ • BISQ*

Correspondence: Dr. Mariasole Castellazzi, Stradella Franche 33, 37142 Poiano (VR), Italy  
Tel. +39 045 8700163  
Fax +39 347 8877266  
mariasolecastellazzi@jumpy.it

## Summary

### Objectives

*Between January and September 2006, we interviewed a group of 60 subjects divided into 3 sub-groups of 20 subjects each (20 with eating disorders, 20 with other psychiatric disorders, 20 non-pathologic used as controls) in order to evaluate: a) the differences in self-evaluation of body image between the groups, b) the relationship between self-evaluation of body image and age, c) the relationship between body image and depression.*

### Methods

*The study population comprised 60 subjects (11 male, 49 female) divided into 3 groups, 2 pathologic and one used as control. The study was performed in our Psychotherapy Department (for the pathologic groups) and the University of Medicine of Verona (for the controls).*

*Subjects have been interviewed using the auto-sub administration of 3 psychometrical evaluation tests: EDI-2 (Eating Disorder Inventory, Garner D.M. 1991), PHQ (Personal Health Questionnaire, Goldberg and Simpson, 1995), BISQ (Body Image Satisfaction Questionnaire, Rauste von Wright 1989). EDI-2 and BISQ are useful for evaluating how the person considers his/her body image, while PHQ evaluates whether the subject has symptoms of depression. As far as concerns EDI-2, we only considered 5 out of the 11 sub-scales obtained from the addition of the scores, which means that we only considered those subscales most related to the self evaluation of body image (drive for thinness, body dissatisfaction, ineffectiveness, perfectionism, social insecurity).*

*In order to evaluate the meaning of the differences between the groups we used: Fisher's exact test for the nominal variables (sex), analysis of variance (ANOVA) with a single criterion of evaluation for the quantitative variables (age), the non-parametric equivalent of ANOVA (Kruskal-Wallis test) for the ordinal variables (PHQ, EDI-2, BISQ scores).*

*To evaluate the relationships between age and body image, depression and body image, we used the non-parametric equivalent of the r coefficient of linear correlation, the Spearman Correlation. A difference has been considered significant when  $p < 0.05$ . No corrections were made for multiple testing as the study is explorative and non confirmative.*

### Results

*The majority of the patients are females (82%); the youngest are those with a diagnosis of eating disorders (mean age  $\pm$  SD:  $30.3 \pm 8.7$ ) and the oldest, those with other psychiatric disorders (mean age  $\pm$  SD:  $43.2 \pm 12.8$ ). Anorexia nervosa (45%) is the most frequent diagnosis in the group with eating disorders while depression (40%) is that most represented in the pathological group with other diagnoses.*

*The higher scores of PHQ have been found in the pathological groups, while, considering the whole sample, in 36.7% of those interviewed scores were higher than 10.*

*Some interesting observations emerged from the BISQ and EDI-2 scores in each group. First of all, we observed that the satisfaction for face and figure is lower in the youngest patients of the eating disorder group; the drive for thinness and ineffectiveness, as expected, are significantly higher in the eating disorder group while body dissatisfaction and social insecurity are similar in both pathologic groups. The score for perfectionism*

was higher in the pathologic group with other psychiatric disorders. This is interesting because normally perfectionism is described in the literature as a typical characteristic of the personality in patients with eating disorders.

From the correlation between age and body image we found out that in our sample: 1) the satisfaction for face increases with increase in age, in the eating disorder group, 2) the satisfaction for figure increases with increase in age in controls, decreases in the other psychiatric patients and is independent of the age in the eating disorder patients. The drive for thinness decreases significantly with increase in age in controls and is the only EDI-2 subscale that seems to be significantly correlated with age.

Depression and body image are often related in the literature. In our sample, the group with "other" psychiatric disorders is the only one that seems to show a relationship between depression and face and figure dissatisfaction and the only one with a significant relationship between depression and body dissatisfaction. Ineffectiveness and depression are related in both the pathologic groups; social insecurity and depression are significantly related only in the eating disorder group. Perfectionism is not related to depression in any of the groups.

### Conclusions

This study revealed numerous aspects regarding body image that are expected to be found in the literature and others that surprised us. The first surprising is that in our sample, in the eating disorder group, anorexia nervosa is more frequent than bulimia nervosa: bulimia nervosa is normally described as the more frequent eating disorder diagnosed. The second interesting observation is that perfectionism, in our case, seems to be more marked in the psychiatric patients than in those with eating disorders: this is surprising as perfectionism is often described as a typical characteristic of eating disorder patients. We can explain this result observing the diagnosis distribution in the "other psychiatric disorders group": 10% concerns patients with a diagnosis of obsessive-compulsive personality and this may explain this unexpected result.

Finally, we observed that the drive for thinness decreases with increase in age in the control group: this may mean that the older people become, the less they care about thinness for evaluating the satisfaction regarding their body image.

## Introduzione

L'immagine corporea è definibile come una particolare qualità dell'esperienza del corpo. È il corpo così come noi lo sentiamo, in base alle sensazioni che ci trasmette, le emozioni che ci comunica e i movimenti che compie.

L'immagine corporea è un concetto al confine tra la Neurologia e la Psichiatria in quanto possiamo concepirla come l'insieme di schema corporeo e corpo ideale.

Lo "schema corporeo" è l'insieme delle percezioni del nostro corpo nello spazio rappresentate a livello della corteccia cerebrale, mentre il corpo ideale o ideale corporeo dell'io è un concetto psico-analitico che riguarda le aspettative che il soggetto nutre verso il proprio corpo in termini di forma, dimensioni e attrattiva. Lo schema corporeo è da intendersi come un processo di conoscenza<sup>1</sup> mentre l'immagine corporea si riferisce a un vissuto del corpo dove la rappresentazione mentale derivante anche dalle rappresentazioni sensoriali e cenestesiche, si arricchisce di significati simbolici dovuti ai sentimenti e agli atteggiamenti che l'individuo ha verso il proprio corpo<sup>2</sup>.

Shilder<sup>3</sup> fu il primo che nel 1935 riuscì a integrare l'aspetto neurologico e psico-analitico dell'immagine corporea definendola come la "rappresentazione

mentale del corpo", ossia l'"immagine del corpo che formiamo nella nostra mente, cioè il modo in cui il corpo appare a noi stessi". Possiamo pensare che l'immagine corporea sia la fotografia del nostro corpo che abbiamo nella mente.

Gli elementi fondamentali che caratterizzano l'immagine corporea sono: 1) il corpo ideale; 2) il corpo percepito (che non sempre corrisponde al corpo reale); 3) l'oggettiva forma del corpo; 4) l'immagine corporea socialmente accettata che dipende dal contesto socio-culturale (in particolare l'ideale occidentale di bellezza ruota intorno all'idealizzazione della magrezza e alla denigrazione dell'obesità a differenza della cultura araba in cui l'opulenza fisica viene esaltata come simbolo di benessere economico e di fertilità nella donna).

L'immagine corporea si costituisce tramite l'integrazione di esperienze a livelli diversi cioè percettivo, emotivo-psicologico e sociale e dipende da vari fattori quali: 1) l'adeguatezza dell'atteggiamento dei genitori specie di quello materno; 2) il modo in cui viene vissuto lo sviluppo sessuale durante la pubertà<sup>4</sup>; 3) fattori esterni, specie di natura mediatica (studi recenti hanno infatti dimostrato che l'esposizione dei bambini a surrealistici ideali di magrezza esaltati nei cartoni animati<sup>5</sup> e in alcuni giocattoli, ad esempio la Barbie<sup>6</sup>, possano in qualche modo danneggiare lo sviluppo dell'immagine corporea in epoca infantile.

L'immagine corporea inizia infatti a svilupparsi precocemente nell'individuo: a partire dai 2 anni e fino agli 11 anni si articola progressivamente per essere quindi usata come un mezzo di comunicazione sociale e assume un'importante funzione di "rispecchiamento" necessaria nel rapporto con gli altri<sup>7</sup>. Sembra che già a 7 anni i bambini dimostrino preoccupazione per la propria immagine<sup>8</sup>. L'immagine corporea si costituisce anche a partire da quanto gli altri ci rimandano del nostro aspetto: bello o brutto, sano o malato, seducente o distanziante.

Questa funzione di rispecchiamento è fondamentale per la conoscenza che abbiamo di noi stessi e si realizza attraverso degli scambi comunicativi che agiscono attraverso movimenti d'attrazione-repulsione, oltre che attraverso dinamiche di potere nelle quali la propria capacità di sedurre e attrarre si gioca contro il potere altrui di esercitare su di noi un'autorità o un dominio.

Nell'adolescente l'immagine di sé fisica si sovrappone all'identità personale, quindi influisce sull'autopercezione complessiva dell'individuo.

L'adolescenza è un'epoca di cambiamenti fisici che sono vissuti positivamente dai ragazzi in quanto l'aumento di massa muscolare li fa sentire più forti e virili, meno serenamente dalle ragazze in quanto il fisiologico aumento di massa grassa può rappresentare elemento di contrasto rispetto all'ideale di corpo perfetto. Le ragazze sembrano essere più suscettibili, rispetto ai coetanei maschi, al giudizio delle altre persone relativo al loro corpo<sup>8</sup>. Quindi le ragazze presentano un maggior rischio di sviluppare un'immagine corporea negativa con conseguente attuazione di comportamenti alimentari abnormi finalizzati al raggiungimento della forma fisica da esse idealizzata.

L'immagine corporea può essere patologicamente distorta. Se tale distorsione rappresenta un disturbo a sé stante si parla di disturbo da dismorfismo corporeo, se invece fa parte del quadro clinico di disturbi psichiatrici non primitivamente legati all'immagine corporea si parla genericamente di disturbo dell'immagine corporea<sup>9</sup>.

Il disturbo da dismorfismo corporeo è un disturbo somatoforme descritto nel DSM-IV-TR caratterizzato da un'enorme preoccupazione per un presuntivo difetto fisico in un soggetto normale oppure dall'esagerazione di una lieve anomalia fisica: la persona affetta comprende che la sua preoccupazione è ingiustificata ed esagerata, nonostante ciò non riesce a evitare di preoccuparsene. Frequentemente l'insoddisfazione riguarda il viso (in particolare il naso o eventuale presenza di cicatrici), la peluria del corpo e le dimensioni di alcune parti del corpo (nelle donne, seno, fianchi e gambe) e questo può portare a uno stato psicologico tale da spingere l'individuo all'automutilazione e al suicidio.

Il disturbo dell'immagine corporea è definibile come una marcata discrepanza tra apparenza attuale e ideale, oppure tra funzione reale e ideale di una parte del corpo. La discrepanza, in virtù dell'investimento personale e in associazione con le considerazioni disfunzionali rispetto alla propria apparenza media le emozioni negative e le conseguenze comportamentali che interferiscono con la normale *routine* e con il funzionamento sociale e lavorativo o con la qualità delle relazioni.

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono i disturbi psichiatrici in cui più frequentemente si riscontrano elementi dispercettivi relativi all'immagine corporea. La correlazione tra DCA e immagine corporea si riscontra per la prima volta in un'opera di Hilde Bruch pubblicata nel 1973 e intitolata *Patologia del comportamento alimentare*<sup>10</sup>. L'elemento che accomuna i DCA è rappresentato proprio da una distorta percezione del proprio corpo che viene considerato molto lontano dal corpo ideale. L'esempio più chiaro è rappresentato dalle pazienti anoressiche che sostengono di essere grasse anche se sono gravemente sottopeso.

Presso il Centro di Psicoterapia del Policlinico "G.B. Rossi" di Verona è stato da noi deciso di valutare il vissuto dell'immagine corporea non solo nelle pazienti con diagnosi di DCA, ma anche nei pazienti con altri tipi di disturbo psichico. Infine è stato eseguito un confronto con un gruppo di controllo costituito da soggetti sani che si sono offerti di partecipare allo studio.

## Materiale e metodi

L'oggetto del nostro studio è costituito da un campione di 60 soggetti di entrambi i sessi (11 maschi e 49 femmine) suddivisi in tre gruppi di 20 individui ciascuno: uno con DCA (0 maschi e 20 femmine di età compresa tra 17 e 47 anni, età media  $\pm$  DS: 30,3  $\pm$  8,7 anni, con diagnosi di anoressia nervosa [AN], bulimia nervosa [BN] e *Binge Eating Disorder*), uno con disturbi psichiatrici diversi da DCA (8 maschi e 12 femmine, di età compresa tra 26 e 72 anni, età media  $\pm$  DS: 43,2  $\pm$  12,8 anni con diagnosi eterogenee) e uno di controllo (3 maschi e 17 femmine di età compresa tra 22 e 66 anni, età media  $\pm$  DS: 36,9  $\pm$  12,5 anni).

I gruppi patologici sono stati reclutati tra i pazienti che hanno avuto accesso al nostro centro tra gennaio e febbraio 2006, mentre il gruppo di controllo è costituito da individui reclutati presso la nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia, tra studenti e dipendenti.

I soggetti sono stati intervistati tramite auto-somministrazione di 3 tipi di strumenti di valutazione psicometrica: 1) l'EDI-2 (*Eating Disorder Inventory di Garner D.M.* 1991)<sup>11</sup> che valuta la presenza clinica o subclinica di DCA ed è un questionario composto

da una scheda demografica e 91 *items* classificabili in 11 sottoscale di cui solo 5 sono state da noi considerate; 2) il PHQ (*Personal Health Questionnaire* di Goldberg e Simpson, 1995)<sup>12-14</sup> che si compone di 10 *items* e serve a valutare la presenza clinica o subclinica di sintomi depressivi e a orientare il medico di base verso un eventuale trattamento farmacologico del paziente (quest'ultimo obiettivo è raggiungibile con l'ausilio di un altro questionario HDRS [*Hamilton Depression Rating Scale*]); 3) il BISQ (*Body Image Satisfaction Questionnaire* di Rauste von Wright, 1989)<sup>15-17</sup> valuta tramite 26 *items* il grado di soddisfazione per il proprio volto e la propria figura.

L'immagine corporea è stata valutata con l'ausilio dei punteggi del BISQ, tenendo conto delle sottoscale "volto" e "figura", e di 5 su 11 variabili dell'EDI-2, cioè:

- impulso alla magrezza;
- insoddisfazione per il corpo;
- inadeguatezza;
- perfezionismo;
- insicurezza sociale.

Gli obiettivi dello studio sono: 1) valutare se vi sono differenze significative tra i tre gruppi nel modo di vivere la propria immagine corporea; 2) valutare se con l'età cambia il vissuto legato all'immagine corporea; 3) valutare se un'immagine corporea negativa si correla significativamente alla tendenza alla depressione.

Per descrivere la distribuzione delle variabili quantitative (età) e ordinali (punteggio del PHQ) nei vari gruppi è stato utilizzato il grafico scatola-e-baffi (*box-and-whisker plot*).

Per valutare la significatività delle differenze tra i tre gruppi (controlli, DCA, disturbi psichiatrici) sono stati utilizzati: 1) il test esatto di Fisher per le variabili nominali (sesso); 2) l'analisi della varianza (ANOVA) a un criterio di classificazione per le variabili quantitative (età); 3) l'equivalente non-parametrico dell'ANOVA, ovvero il test di Kruskal-Wallis, per le variabili ordinali (punteggio di PHQ, EDI-2 e BISQ).

Per studiare le correlazioni tra età e immagine corporea, tendenza alla depressione e immagine corporea, è stato impiegato l'equivalente non-parametrico del coefficiente *r* di correlazione lineare, ovvero il coefficiente di correlazione di Spearman.

Una differenza è stata considerata significativa quando  $p < 0,05$ , ovvero quando la probabilità di osservare quel risultato o un risultato più estremo era inferiore al 5%. L'espressione tendenza alla significatività è stata riservata alle situazioni in cui il *p-value* era compreso tra il 5 e il 10%.

Non sono state effettuate correzioni per test multipli (*multiple testing*), dal momento che lo studio era non di tipo confermativo ma di tipo esplorativo<sup>18</sup>.

## Risultati

Dall'analisi descrittiva del sesso eseguita tramite test esatto di Fisher è emerso che nel nostro campione prevale nettamente il sesso femminile (82%) rispetto a quello maschile (18%), con prevalenza assoluta nel gruppo dei DCA.

L'analisi della varianza (ANOVA) a un criterio di classificazione per la variabile quantitativa "età" ha evidenziato che l'età differisce significativamente nei 3 gruppi ( $p = 0,003$ ): i più giovani sono i pazienti con DCA (media  $\pm$  DS: 30,3  $\pm$  8,7), i più vecchi sono i pazienti con disturbi diversi da DCA (media  $\pm$  DS: 43,2  $\pm$  12,8 anni).

Per quanto riguarda la distribuzione delle diagnosi si può notare che:

- l'AN è la diagnosi prevalente nel gruppo DCA (45%) e ciò contrasta con la letteratura che normalmente pone la BN come DCA più frequente nella popolazione generale;
- la depressione è la diagnosi prevalente (40%) tra i pazienti con disturbi psichiatrici diversi da DCA, confermando l'elevata frequenza della depressione nella popolazione generale che si riscontra anche in letteratura.

La tendenza alla depressione, valutata con il test di Kruskal-Wallis, è risultata maggiormente presente nei 2 gruppi patologici e, considerando la globalità del campione, il 36,7% dei soggetti intervistati ha riportato punteggi  $\geq 10$  nel PHQ, *cut-off* per decidere di somministrare una terapia antidepressiva (associato a un punteggio  $\geq 13$  ottenuto con un altro strumento di valutazione psicometrica, l'HDRS).

Per valutare l'immagine corporea sono state considerate diverse variabili: volto e figura ricavate dal punteggio ottenuto con il BISQ e 5 su 11 sottoscale dell'EDI-2 che riguardano in modo specifico l'immagine corporea cioè: l'impulso alla magrezza, l'insoddisfazione per il corpo, l'inadeguatezza, il perfezionismo e l'insicurezza sociale.

Dall'analisi dell'immagine corporea nel campione considerato sono emersi alcuni dati interessanti. In primo luogo il grado di soddisfazione per il volto e la figura è risultato inferiore nel gruppo DCA mentre è pressoché sovrapponibile nei pazienti non DCA e nei controlli.

L'impulso alla magrezza, significativamente differente nei tre gruppi ( $p = 0,008$ ), è nettamente superiore, come prevedibile, nelle pazienti con DCA rispetto al resto del campione, mentre l'insoddisfazione per il corpo è presente in tutti i patologici, ma è lievemente più accentuata nelle pazienti con DCA.

L'inadeguatezza prevale decisamente nel gruppo dei DCA mentre l'insicurezza sociale è comune a entrambi i gruppi patologici DCA e non DCA.

Il perfezionismo è risultato più marcato nei pazienti con disturbi psichiatrici diversi da DCA. Ciò è inte-

ressante perché normalmente il perfezionismo viene descritto in letteratura come un'importante componente della personalità delle pazienti con DCA, o addirittura come una condizione *sine qua non* i DCA non si possono sviluppare.

Una volta ottenuti questi risultati sono state ricavate alcune correlazioni, tramite *Spearman Correlation*, tra le singole variabili dell'immagine corporea e le variabili "età" e "tendenza alla depressione".

Confrontando come si modificano gli aspetti dell'immagine corporea con l'avanzare dell'età è stato osservato che: la soddisfazione per il volto cambia significativamente con l'età solo nel gruppo con DCA nel senso che, in tale campione, il grado di soddisfazione per questa parte del corpo sembra aumentare con l'avanzare dell'età; la soddisfazione per la figura aumenta con l'età nel gruppo di controllo, diminuisce con l'età nei pazienti con disturbi psichiatrici diversi da DCA, mentre è indipendente dall'età nel gruppo con DCA; l'impulso alla magrezza cambia in relazione all'età in modo particolarmente significativo solo nei controlli. Sembra infatti che con l'avanzare dell'età diminuisca l'importanza che i soggetti non patologici attribuiscono alla magrezza come canone di bellezza ed elemento per valutare positivamente la loro immagine corporea. L'insoddisfazione per il corpo e il perfezionismo non sono correlati significativamente all'età in alcun gruppo; l'inadeguatezza e l'insicurezza sociale sono correlate in modo solo tendenzialmente significativo all'età (inadeguatezza  $p = 0,053$ , insicurezza sociale  $p = 0,068$ ) solo nel gruppo con disturbi psichiatrici diversi da DCA.

In letteratura si riscontra spesso che i disturbi dell'immagine corporea sono legati a ridotta autostima, ansia sociale e sintomi depressivi <sup>6 19 20</sup> quindi abbiamo voluto valutare se anche nel nostro campione un'immagine corporea negativa poteva essere correlata a sintomi depressivi.

È stato osservato che solo nel gruppo con disturbi psichiatrici diversi da DCA la tendenza alla depressione si correla significativamente a insoddisfazione sia per il volto ( $p = 0,000$ ) sia per la figura ( $p = 0,000$ ).

Nel gruppo DCA e di controllo l'impulso alla magrezza e i sintomi depressivi sono correlati in modo tendenzialmente ( $p = 0,069$  nei DCA e  $p = 0,079$  nei controlli) ma non pienamente significativo, mentre l'insoddisfazione per il corpo e tendenza alla depressione sono correlate in modo tendenzialmente significativo nel gruppo DCA ( $p = 0,037$ ) e pienamente significativo nel gruppo con disturbi psichiatrici diversi da DCA ( $p = 0,002$ ).

In entrambi i gruppi di pazienti patologici a maggiore senso di inadeguatezza corrisponde maggiore tendenza alla depressione ( $p = 0,007$  nei DCA e  $p = 0,021$  nei disturbi diversi da DCA) mentre nei controlli ciò risulta meno evidente.

Depressione e perfezionismo non sono significativamente correlati in alcun gruppo con nessuna delle analisi effettuate (*Spearman Correlation* e Tau di Kendall) mentre il gruppo DCA è l'unico in cui è stata osservata una correlazione significativa tra insicurezza sociale e depressione ( $p = 0,002$ ).

## Discussione

Lo studio da noi condotto pone l'attenzione su alcuni aspetti. In primo luogo il gruppo con DCA è quello in cui i soggetti sono i più giovani, prevale in modo assoluto il sesso femminile, prevale la diagnosi di AN ed è più evidente una insoddisfazione sia per la figura sia per il volto.

L'impulso alla magrezza, l'insoddisfazione per il corpo, l'inadeguatezza e l'insicurezza sociale sono più marcati nei DCA che negli altri 2 gruppi, come peraltro si poteva prevedere in base alle conoscenze relative a questi disturbi e a ciò che viene riportato in letteratura relativamente a essi, mentre il grado di perfezionismo è risultato inaspettatamente minore nelle pazienti con DCA rispetto ai pazienti non-DCA. Abbiamo cercato di giustificare questo ultimo risultato con la considerazione che il 10% dei pazienti con disturbi psichiatrici diversi da DCA sono affetti da disturbo ossessivo-compulsivo e si suppone quindi che questi abbiano aumentato il punteggio relativo al perfezionismo in questo gruppo.

I punteggi più alti relativi alla tendenza alla depressione sono stati riscontrati tra i soggetti dei 2 gruppi patologici e ciò è giustificabile in parte dalla prevalenza di diagnosi di depressione nell'ambito del gruppo con disturbi diversi da DCA e in parte dalla possibile coesistenza di DCA e depressione, che in questo stesso studio era intenzione dimostrare, perlomeno nel campione da noi considerato.

I soggetti più giovani con diagnosi di DCA mostrano una maggiore insoddisfazione legata al volto e tale insoddisfazione diminuisce con l'avanzare dell'età; la soddisfazione legata alla figura invece aumenta con l'età nei controlli, diminuisce nei patologici non DCA mentre è indipendente dall'età nel gruppo DCA.

L'impulso alla magrezza si modifica con l'età solo nei controlli, dove diminuisce con l'avanzare dell'età, mentre nei soggetti con diagnosi di DCA e con disturbi psichiatrici diversi da DCA. È stato interessante notare come nei soggetti sani del nostro campione l'interesse per la magrezza, nella valutazione della soddisfazione per il proprio aspetto fisico, assuma un valore decrescente con l'avanzare dell'età.

L'insoddisfazione per il corpo e il perfezionismo non variano in relazione all'età in alcun gruppo, mentre l'inadeguatezza e l'insicurezza sociale tendono ad aumentare con l'età nei patologici non DCA.

Dalla correlazione tra immagine corporea e depressione è emerso che: solo nel gruppo patologico non DCA a maggiore tendenza alla depressione corrisponde maggiore insoddisfazione sia per il volto sia per la figura; l'impulso alla magrezza è tendenzialmente correlato a depressione solo nei DCA e nei controlli mentre esiste una significativa relazione tra insoddisfazione per il corpo e depressione solo nei due gruppi patologici DCA e non. In tutti e tre i gruppi un umore depresso è legato a maggiore senso di inadeguatezza mentre solo nelle pazienti con DCA l'insicurezza sociale e la depressione risultano correlate. Infine è stato possibile osservare che non esiste alcuna correlazione significativa tra perfezionismo e depressione in alcun gruppo da noi considerato nel campione di soggetti intervistati.

## Conclusioni e limiti dello studio

Lo studio da noi condotto ha mostrato aspetti dell'immagine corporea già noti in letteratura e altri che invece ci hanno sorpresi.

Un aspetto interessante rilevato nel campione da noi considerato è la prevalenza della diagnosi di Anoressia nervosa nel gruppo con DCA. Normalmente in letteratura si riscontra che tra i DCA quello con maggiore incidenza nella popolazione generale è la bulimia nervosa (10/100.000/anno), mentre l'anoressia viene considerata un disturbo abbastanza infrequente.

La seconda osservazione interessante è la prevalenza del perfezionismo nell'ambito dei pazienti con disturbi psichiatrici diversi da DCA. Solitamente si riscontra che il perfezionismo è una caratteristica peculiare delle pazienti affette da disturbi alimentari e da qualche autore è stata persino considerata una condizione predisponente allo sviluppo degli stessi. Nel nostro caso tale risultato potrebbe essere giustificato dalla presenza, nel gruppo di pazienti con disturbi psichiatrici diversi da DCA, di diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (10%).

Infine il terzo aspetto interessante del nostro studio riguarda il decremento dell'impulso alla magrezza in relazione all'età nel gruppo di controllo: sembra infatti che, nei soggetti sani, con l'avanzare dell'età vi sia un progressivo disinteresse per la magrezza che verrebbe sempre meno considerata importante nella

valutazione della soddisfazione per il proprio aspetto fisico.

Nonostante la validità degli strumenti utilizzati e la possibilità di accesso al Centro di Psicoterapia presso il quale abbiamo condotto questa ricerca, non è stato comunque semplice riuscire a reclutare in tempo utile tutti i dati necessari a svolgere un lavoro che potesse essere significativo dal punto di vista statistico.

Uno dei problemi maggiormente rilevanti è stato l'uso dell'EDI-2, questionario sicuramente completo e utile a livello diagnostico (se associato al colloquio col paziente), ma particolarmente impegnativo da compilare, essendo costituito da 91 *items*. Difficoltà nella comprensione delle domande sono state riferite non solo da soggetti "patologici", ma anche da individui sani appartenenti al gruppo di controllo. Esaminando le risposte degli intervistati è capitato frequentemente di osservare risposte lasciate in bianco o con punto interrogativo, che sono state considerate nulle ai fini del calcolo statistico, rendendolo inevitabilmente meno preciso.

Invece non sono state osservate particolari difficoltà nella compilazione del PHQ e del BISQ, che sono risultati di immediata comprensione per gli intervistati. Per quanto riguarda il reclutamento dei soggetti che potessero essere studiati, non ci sono state particolari difficoltà nella scelta dei soggetti con DCA (che rappresentano la maggioranza dei pazienti che si rivolgono al nostro Centro di Psicoterapia) e dei soggetti del campione controllo, mentre la scelta dei pazienti non DCA che accedono al nostro Servizio non è stata affatto semplice. Innanzitutto il numero di pazienti non DCA che si rivolgono al Servizio di Psicoterapia è esiguo rispetto a quelli con DCA, essendo il centro particolarmente competente al trattamento di questo ultimo tipo di disturbi. Tra questi soggetti non DCA, è stato necessario identificare quali fossero in grado o meno di compilare autonomamente il questionario, e ciò ha ridotto ulteriormente il numero di individui che potessero essere considerati per lo studio.

Infine non essendo sempre possibile l'accesso diretto al paziente, alcuni questionari, consegnati dagli psicoterapeuti al momento del colloquio, non sono stati poi restituiti compilati al colloquio successivo, con una conseguente riduzione del numero di dati effettivamente pervenuti.

## Bibliografia

- 1 Head H. *Studies in neurology*. Vol. II. London: Oxford Medicine Publisher; 1920.
- 2 Guaraldi GP. *L'immagine del corpo: un concetto di confine*. *Età evolutiva* 1990;35:51-9.
- 3 Schilder P. *The image and appearance of the human body*. New York: International University Press 1950.

- 4 Siciliani O, Dallago L, Dalle Grave R, Davoli K, Lacquaniti S, Santonastaso P, et al. *Alimentazione, immagine corporea, disturbi del comportamento alimentare e obesità*. In: Bertinato L, Mirandola M, Rampazzo L, Santinello M, editors. *Diventare adolescenti: salute e stili di vita nei giovani tra gli undici e i quindici anni. I risultati dello studio HBSC*. Milano: McGraw-Hill 2005, pp. 91-114.

- 5 Klein H, Shiffman KS. *Thin is "in" and stout is "out"*

- .....
- what animated cartoons tell viewers about body weight. *Eat Weight Disord* 2005;10:107-16.
- <sup>6</sup> Lerner RM, Karabenick SA, Stuart JL. *Relations among physical attractiveness, body attitudes and self-concept in male and female college students*. *J Psychol* 1973;85:115-29.
- <sup>7</sup> Dittmar H, Halliwell E, Ive S. *Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5 to 8 year old girls*. *Dev Psychol* 2006;42:283-92.
- <sup>8</sup> Davison TE, McCabe MP. *Adolescent body image and psychosocial functioning*. *J Soc Psychol* 2006;146:15-30.
- <sup>9</sup> White CA. *Body image dimensions and cancer: a heuristic behavioural model*. *Psychooncology* 2000;9:183-92.
- <sup>10</sup> Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare*. Milano: Feltrinelli 1973.
- <sup>11</sup> Garner DM. *Eating Disorder Inventory – 2. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources 1991.
- <sup>12</sup> Goldberg B, Folkins K. *Relationship of body image to negative emotional attitudes*. *Percept Mot Skills* 1974;39:1053-4.
- <sup>13</sup> Goldberg D, Benjamin S, Creed F. *Psychiatry in Medical Practice*. London: Routledge; 1987, p. 340-7.
- <sup>14</sup> Rizzo R, Piccinelli M, Mazzi MA, Bellantuono C, Tansella M. *The Personal Health Questionnaire: a new screening instrument for detection of ICD-10 depressive disorders in primary care*. *Psychol Med* 2000;30:831-40.
- <sup>15</sup> Rauste-von Wright M. *Body image satisfaction in adolescent girls and boys: a longitudinal study*. *Z Youth Adolesc* 1989;18:71-83.
- <sup>16</sup> Alparone FR, Prezza M, Camarda P. *La misura dell'immagine corporea in età evolutiva - traduzione e validazione italiana del Body Image Satisfaction Questionnaire*. *Bollettino di Psicologia Applicata* 2000;231:25-34.
- <sup>17</sup> Alparone FR, Prezza M. *Proposta di un questionario sulla soddisfazione dell'immagine corporea*. *Rivista di Psicologia della Salute* 1998;1:107-20.
- <sup>18</sup> Bender R, Lange S. *Adjusting for multiple testing - when and how?* *J Clin Epidemiol* 2001;54:343-9.
- <sup>19</sup> Cash TF, Smith E. *Physical attractiveness and personality among American college students*. *J Psychol* 1982;111:183-91.
- <sup>20</sup> Thompson JK. *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon 1990.