

STILI D'ATTACCAMENTO E RELAZIONI INTERPERSONALI IN UN CAMPIONE FEMMINILE CON DISTURBI ALIMENTARI

Nerina Fabbro *, Cecilia Armatura °, Valentina Campostrini °, Sara Lecchi °, Marica Piccardi °

* Psicologa-psicoterapeuta, tutor project di ricerca, SPC-Verona; ASS n° 4 “Medio Friuli”

°Psicologhe allieve 3° anno SPC-Verona

corrispondenza: dott.ssa Nerina Fabbro n.fabbro@yahoo.it

Riassunto

Con il presente lavoro si vuole indagare se le ragazze con comportamenti alimentari disfunzionali instaurano, con le proprie figure genitoriali, uno stile di attaccamento di tipo insicuro e se tendono a manifestare lo stesso stile di attaccamento nelle differenti relazioni. Si indaga inoltre se ci sia una differenza statisticamente significativa a seconda dell'età o all'ospedalizzazione.

Il campione è composto da 59 ragazze di età compresa tra i 12 e i 42 anni; il campione sperimentale è composto da 30 soggetti certificati con DCA (BN e AN).

A entrambi i campioni è stata somministrata la seguente batteria di test: *Parental Bonding Instrument (PBI)*; *Inclusion of other in the Self (IOS)*; *Attachment Style Questionnaire (ASQ)*; *Experiences in Close Relationship (ECR)*; *Eating Disorder Inventory (EDI)*.

Dai nostri dati è emerso che solo nelle relazioni interpersonali le ragazze del gruppo clinico hanno mostrato una predominanza di attaccamento insicuro, per quanto riguarda i legami con i genitori e con il partner entrambi i campioni hanno mostrato un attaccamento insicuro. Dai dati ottenuti l'età sembrerebbe una variabile significativa nel determinare lo stile di attaccamento sia nella popolazione in generale che in quella patologica.

Infine, tra le ragazze ospedalizzate e non, sono emerse differenze generali nelle relazioni interpersonali ma non con genitori o nelle relazioni di coppia.

Parole chiave: attaccamento, disturbi alimentari, relazioni interpersonali

ATTACHMENT STYLES AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN A FEMALE SAMPLE WITH EATING DISORDERS

Abstract

The purpose of the present work is to investigate if girls with dysfunctional eating patterns established with their parental figures a style of insecure attachment, (especially we want to analyze if the bulimic patients show a preoccupied attachment style and the anorexics an avoidant link) and if the girls tend to show the same attachment style in different relationships.

Also we examine if there is a statistically significant difference in different age and due to their hospitalization.

The sample consisted of 59 girls, aged between 12 and 42 years. 30 subjects with a certified diagnosis of DCA (BN and AN).

The battery includes: the Parental Bonding Instrument (PBI) the Inclusion of Other in the Self (IOS); Attachment Style Questionnaire (ASQ); Experiences in Close Relationship (ECR); Eating Disorder Inventory (EDI).

Our records showed that the girls of clinical group showed only in interpersonal relationships a predominance of insecure attachment, namely type A, as regards the links with parents and with partners both samples showed an insecure attachment. From the data obtained the age seems to be a significant variable in determining the style of attachment both in general and in ill population.

Finally, among the hospitalized girls and not hospitalized ones there are general differences in interpersonal relationships but not with their parents or in couple relationships.

Key Words: Attachment, eating disorders, relationships

1. Introduzione

Negli ultimi decenni i disturbi alimentari hanno stimolato una crescente attenzione a causa dell'elevata diffusione nella popolazione adolescenziale e giovanile, in particolare in quella femminile. Secondo i dati riportati dall'ABA nel 2006 (Associazione per lo studio e la ricerca sull'Anoressia e la Bulimia) l'1% di questa popolazione soffre di anoressia¹, l'1-5% di bulimia² e l'8-15% presenta un disturbo alimentare importante o dei comportamenti indicatori di rischio; inoltre l'età di insorgenza è calcolata in genere tra i 14 ed i 18 anni.

I DCA possono essere definiti come disturbi finalizzati al controllo del peso corporeo, che determinano danni significativi alla salute fisica e psicosociale. Sono stati introdotti per la prima volta nel DSM-IV nel 1994 e fin dall'inizio il problema è stato quello di definire dei criteri diagnostici attendibili e validi, considerando che la fenomenologia di questi disturbi è in continua trasformazione.

I disturbi alimentari sono patologie la cui eziologia è molto complessa e coinvolge diversi fattori, in particolar modo se ne individua nelle relazioni familiari l'elemento determinante l'insorgenza (Bowman 2000; Leung, Thomas e Waller 2000; Evans e Wertheim 2005). La teoria dell'attaccamento perciò può diventare una guida per identificare quali elementi e quali caratteristiche genitoriali entrano in gioco nell'origine dei DCA.

L'attaccamento è un particolare legame affettivo o relazione stabile che si instaura tra il bambino e la persona adulta che si prende cura di lui, a partire dalla nascita attraverso gli scambi interattivi e comportamentali che si svolgono tra i due. Queste esperienze relazionali precoci si cristallizzano in modelli operativi interni o stati della mente in relazione all'attaccamento, che guideranno il bambino permettendogli di anticipare il comportamento dell'altro e di pianificare un'adeguata linea di risposta (Bowlby 1980).

Mary Ainsworth, insieme ai suoi collaboratori Blehar, Waters e Wall (1978), ha creato una situazione sperimentale, la *Strange Situation*, per poter valutare i diversi comportamenti di attaccamento di bambini in risposta alla separazione dalla madre. È stato possibile individuare quattro tipi ricorrenti di risposta e, in base a questi, sono state individuate quattro tipologie di attaccamento.

- **Attaccamento "Sicuro":** caratterizzato dalla presenza costante di un caregiver sensibile e disponibile; riflette un modello operativo interno caratterizzato dalla fiducia e dal conforto che

il caregiver sarà in grado di offrire nel momento del bisogno. I bambini hanno fiducia in se stessi e negli altri, formulano aspettative positive nei confronti delle relazioni interpersonali e sono in grado di esprimere emozioni adeguate nelle diverse situazioni.

L'**Attaccamento Insicuro** si ha quando le figure di accudimento sono spaventate, incerte, incostanti o inadeguate; di conseguenza si viene a creare nel bambino sfiducia verso le altre persone e aspettative negative nei confronti delle relazioni.

L'attaccamento insicuro può essere distinto in due tipologie:

- **attaccamento "insicuro-evitante"**: indica la mancanza di fiducia nella disponibilità del caregiver e il ricorso ad una strategia che consiste nel cercare di controllare l'attivazione delle emozioni; ciò porta il bambino a sviluppare una negazione dei bisogni di conforto sperimentando così un'autonomia forzata, caratterizzata da un'eccessiva fidarsi solo di se stesso, della propria autosufficienza. Il bambino, nel momento in cui si trova a vivere forti situazioni di stress sociale e affettivo, dovuto alla separazione dalla madre, tenderà a spostare l'attenzione dalle informazioni collegate all'abbandono all'ambiente esterno;

- **attaccamento "insicuro-ambivalente"**: si riferisce a bambini deboli, indifesi, che non hanno fiducia in se stessi e tendono ad esagerare le loro emozioni negative per assicurarsi l'attenzione del caregiver. Sono sempre in ansia e hanno sempre paura e al momento della separazione dalla madre piangono angosciati mentre ricercano il contatto; ma poiché l'angoscia è mescolata a rabbia, al momento della riunione oltre a ricercare il contatto rifiutano la consolazione.

Mary Main e Judith Solomon (1986) hanno individuato un ulteriore pattern:

- **attaccamento "disorganizzato"**: questo pattern è caratterizzato dalla mancanza di organizzazione nel comportamento di attaccamento ed è contraddistinto da modelli mentali che oscillano tra il vedersi indifesi e attaccati dagli altri e il vedersi autonomi e indipendenti. Questa varietà e incoerenza dei modelli mentali deriva da un rapporto instaurato con la madre in cui il bambino è costretto a mettere in atto strategie difensive per poter escludere tutte quelle informazioni di paura che provengono dalla madre, definita *spaventante*.

Infatti il modo in cui la figura di attaccamento interagisce e risponde ai bisogni affettivi e di

¹ I criteri diagnostici dell'anoressia secondo il DSM-IV sono:

- Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura.
- Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza di questi sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso.
- Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea.

² Caratterizza invece la Bulimia la presenza dei seguenti sintomi:

- Ricorrenti abbuffate.
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno 2 volte alla settimana, per 3 mesi.
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo.
- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

(DSM-IV TR, 2002)

conforto assume un'importanza fondamentale, non solo per la sopravvivenza fisica e psichica del bambino, ma anche perché tali schemi vengono interiorizzati e vanno a costituire le strutture fondanti la personalità (Attili, Di Pentina e Magnani 2004).

1.1. Attaccamento e disturbi alimentari

La letteratura ha esaminato il rapporto tra le esperienze precoci correlate all'attaccamento e i disturbi alimentari ed è emerso che stili di attaccamento più insicuro giocano un ruolo fondamentale non solo nell'insorgenza del disturbo ma anche nel mantenimento (Palmer, Oppenheimer, e Marshall 1988; Kenny e Hart 1992). Queste ricerche hanno messo in evidenza come le ragazze affette da DCA vedono i loro genitori e interpretano le relazioni affettive di attaccamento; le giovani parlano delle proprie famiglie in termini generalmente negativi e descrivono i genitori come poco supportivi rispetto ai loro tentativi di indipendenza. La madre poi è considerata come iperprotettiva e perfezionista, mentre il padre viene visto come emotivamente rifiutante e passivo. Di conseguenza le relazioni con entrambi i genitori si caratterizzano per elevata conflittualità e per la mancanza di affetto e coesione. È quindi emerso che i modelli di attaccamento insicuro giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo dei sintomi anoressici e bulimici; in particolar modo l'attaccamento evitante sembra predisporre maggiormente all'anoressia, mentre quello ambivalente alla bulimia (Brennan, Shaver e Tobey 1991).

Per alcuni autori (Ramacciotti et al. 2001; Steins, Albrecht e Stolzenburg 2002; Latzer, Hochdorf, Bachar, Canetti 2005) i sintomi dei DCA possano essere considerati dei comportamenti finalizzati alla ricerca della vicinanza con le figure di riferimento. L'insicurezza che si crea in queste ragazze le porta a sviluppare tratti di personalità caratterizzati da scarsa fiducia in sé e negli altri, rabbia, perfezionismo, impulsività, che vanno poi ad incidere sull'insorgenza e sul mantenimento di comportamenti alimentari patologici; ciò spiega perché in queste pazienti risulti molto compromessa anche l'area delle relazioni interpersonali.

Di frequente nella cultura occidentale si ha la tendenza ad attribuire alle giovani un certo valore personale e un'identità femminile in base alla capacità di stabilire buone relazioni interpersonali e ciò influisce anche sull'apprezzamento e sul successo all'interno del gruppo. Tale situazione rende le adolescenti particolarmente vulnerabili al giudizio degli altri e poiché l'aspetto fisico contribuisce fortemente a determinare il grado di successo nelle relazioni interpersonali non è sorprendente che le donne pongano al primo posto nella propria vita il peso corporeo e l'apparenza. Il fatto poi che attualmente ci siano degli stereotipi di bellezza che enfatizzano un corpo magro e snello non fa che incoraggiare le ragazze insicure della propria identità e particolarmente preoccupate del giudizio altrui all'uso di pratiche dietetiche restrittive. Una recente ricerca condotta a Roma da Troisi, Di Lorenzo, Alcini, e Di Pasquale (2004) ha dimostrato come l'insoddisfazione corporea causata da un attaccamento insicuro sia un fattore scatenante per condotte alimentari disfunzionali.

2. Ipotesi

La ricerca si è concentrata sull'analisi degli stili di attaccamento nelle diverse relazioni interpersonali di un campione femminile con diagnosi di DCA e di un campione di controllo senza diagnosi di DCA o alcuna patologia clinica conclamata.

Le ipotesi di partenza:

1. le ragazze con DCA hanno uno stile di attaccamento di tipo insicuro (evitante o ambivalente) mentre il campione di controllo presenta maggiormente un attaccamento sicuro nelle differenti relazioni interpersonali;
2. si ha lo stesso stile di attaccamento nei diversi contesti relazionali, cioè le ragazze tendono a manifestare il medesimo stile di attaccamento nelle relazioni con gli altri, con il partner e con i genitori;
3. c'è una differenza statisticamente significativa nelle diverse relazioni interpersonali tra ragazze anoressiche e bulimiche;
4. c'è una differenza significativa tra i punteggi ottenuti all'interno dei 3 gruppi (AN, BN e controllo,) distinti in fasce d'età;
5. c'è una differenza significativa tra i punteggi ottenuti all'interno del gruppo delle ragazze con AN dovuta all'ospedalizzazione.

3. Metodo

3.1. Partecipanti

La ricerca è stata svolta su un gruppo di 59 soggetti di sesso femminile di età compresa tra i 12 e 42 anni. Il campione clinico è composto da 30 soggetti (età media 20,57), 16 con diagnosi di Anoressia Nervosa e 14 di Bulimia Nervosa. 20 ragazze sono state reclutate presso il Centro per i DCA dell'Asl di Trento, dove si sono presentate spontaneamente per colloqui di supporto psicologico al fine di lavorare sul problema alimentare, mentre 10, provenienti dalla Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Civile di Brescia, facevano parte di un programma riabilitativo.

Il campione di controllo si compone invece di 29 soggetti (età media 23,69) presi casualmente nella popolazione femminile di Brescia (tab. 1). Nessuno dei soggetti di questo gruppo presenta un DCA e dai dati forniti dall'EDI-2 non si hanno sintomi di comportamenti anoressici o bulimici.

3.2. Gli Strumenti

Per avere una visione chiara della qualità dell'attaccamento dei soggetti indagati sono stati

Tabella 1 : distribuzione del campione clinico e non clinico

	CAMPIONE CLINICO	CAMPIONE DI CONTROLLO
ETÀ 12-18	14	12
ETÀ 19-42	16	17
DIAGNOSI AN	16	-
DIAGNOSI BN	14	-
TOTALE	30	29

somministrati alcuni strumenti in grado di valutare le relazioni genitoriali, quelle interpersonali e il rapporto con il partner.

- **Parental Bonding Instrument (PBI)**: questo test, messo a punto da Parker, Tupling e Brown (1979) seguendo le ipotesi di Bowlby, è uno strumento psicometrico che consente di esprimere una valutazione del comportamento genitoriale e del tipo di rapporto che si pensa di aver instaurato con il padre e con la madre durante i primi 16 anni di vita. È composto da 25 item basati su due dimensioni bipolari relative a “cure vs indifferenza / rifiuto” (12 item) e “controllo vs incoraggiamento dell’autonomia” (13 item). Attraverso queste due dimensioni si formano la scala delle CURE, che misura la presenza o meno di attenzioni da parte del genitore e quella dell’IPERPROTEZIONE, che misura la capacità del genitore di favorire l’autonomia del figlio. Usate insieme le 2 scale consentono di classificare il legame genitoriale in termini di 4 tipologie.
- **Inclusion of other in the Self (IOS)** di Aron, Aron, Smollan (1992): valuta il livello di vicinanza tra il soggetto e i suoi genitori attraverso la scelta di uno dei 7 diagrammi rappresentanti due cerchi sovrapposti a livelli differenti.
- **Attachment Style Questionnaire (ASQ)** di Feeney, Noller e Hanrahan (1994): è un questionario autosomministrato, composto da 40 item valutati su una scala a 6 punti (1 totalmente in disaccordo, 6 totalmente d’accordo), usato per identificare gli stili di attaccamento all’interno delle relazioni interpersonali. Analizzando le componenti principali del questionario

Tabella 2: Classificazione dell’attaccamento secondo il PBI

	CURE	IPERPROTEZIONE
LEGAME OTTIMALE	Intense	Scarsa
LEGAME DEBOLE	Scarse	Scarsa
COSTRIZIONE AFFETTIVA	Alta	Alta
CONTROLLO NON AFFETTIVO	Scarsa	Alta

Tabella 3: Classificazione degli stili di attaccamento in 4 categorie di Bartholomew (1990)

	EVITAMENTO	ANSIA
SICURO	Basso	Basso
TIMOROSO	Alto	Alto
PREOCCUPATO	Basso	Alto
DISTACCATO/SVALUTANTE	Alto	Basso

nario sulla base del modello di Bartholomew (1990) i 40 item sono stati suddivisi in 5 scale: FIDUCIA (8 item) che definisce lo stile sicuro, DISAGIO PER L'INTIMITÀ (10 item) e SECONDARIETÀ DELLE RELAZIONI (8 item) che definiscono uno stile evitante/distaccato, BISOGNO DI APPROVAZIONE (7 item) e PREOCCUPAZIONE PER LE RELAZIONI (7 item) che definiscono lo stile preoccupato. Queste 5 scale possono essere considerate legate ai fattori di Evitamento e Ansia.

- *Experiences in Close Relationship (ECR)* di Brennan, Clark e Shaver (1998): è un test autosomministrato, composto da 36 item valutati su una scala a 7 punti (da 1 fortemente in disaccordo a 7 fortemente in accordo), utilizzato per valutare l'attaccamento adulto all'interno delle relazioni sentimentali. 18 item si riferiscono alla scala dell'EVITAMENTO, che rappresenta l'evitamento dell'intimità, il disagio per la vicinanza e l'affidamento su di sé, gli altri 18 item riguardano la scala dell'ANSIA che include al suo interno le dimensioni della preoccupazione, della gelosia/paura dell'abbandono e di quella del rifiuto. La cluster analysis ha permesso l'individuazione di 4 gruppi distinti equivalenti alla classificazione degli stili di attaccamento di Bartholomew (1990).
- *Eating Disorder Inventory (EDI-2)* di Garner, Olmsted e Polivy (1983): è un questionario di autovalutazione, usato per analizzare la sintomatologia del disturbo alimentare nei 2 campioni, che si compone di 91 item, valutati su una scala a 6 punti (A mai - F sempre), raggruppabili in 8 sottoscale, che esplorano i tratti psicologici e comportamentali comuni a Bulimia e ad Anoressia Nervosa. Queste sottoscale misurano il desiderio di essere magre (DRIVE FOR THINNESS), le condotte bulimiche (BULIMIA), l'insoddisfazione circa il proprio aspetto fisico (BODY DISSATISFACTION), i sentimenti di inadeguatezza (INEFFECTIVENESS), il perfezionismo (PERFECTIONISM), la difficoltà nei rapporti interpersonali (INTERPERSONAL DISTRUST), la capacità di percepire le sensazioni viscerali (INTEROCEPTIVE AWARENESS) e la paura nei riguardi della maturità (MATURITY FEARS).

4. Analisi dei dati e risultati

Il campione clinico della ricerca è costituito da 30 ragazze (età media = 20,6 anni; ds = 6,7); 16 di esse hanno una diagnosi di Anoressia Nervosa (età media = 16,7 anni; ds = 4,2) e 14 di Bulimia Nervosa (età media = 25 anni; ds = 6,3). Attraverso la Checklist iniziale dell'EDI-2 è stato possibile anche determinare l'età media, autoriferita dalle ragazze, di insorgenza del disturbo alimentare che è di 15,2 anni (ds = 2,9) per quanto riguarda l'intero campione clinico, e di 14,97 anni (ds = 3,2) e di 15,46 anni (ds = 2,7) rispettivamente per quanto riguarda le ragazze con AN e BN.

Nella tabella riportiamo la media dei punteggi ottenuti nei diversi strumenti del campione clinico nel suo complesso (tab. 4), distinta tra anoressiche (tab. 4.1) e bulimiche (tab. 4.2) e quella del campione di controllo (tab. 5) confrontata con i punteggi normativi (tab. 6); i punteggi evidenziati col color arancio sono quelli al di sopra di almeno 1ds standard rispetto ai punteggi del gruppo di riferimento con cui sono stati confrontati, quelli in azzurro sono quelli al di sotto di almeno 1ds standard. Questi punteggi possono costituire, insieme ai dati precedentemente raccolti da altri studi, le norme di riferimento per eventuali persone che intendono utilizzare questi strumenti con lo stesso campione clinico.

Tab. 4: punteggi medi ottenuti dall'intero gruppo clinico

media	ASQ			PBI MT			PBI PT			ECR			IOS			EDI									
	F	D	S	B	CO	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	pd	md	pd	IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I
C. Clinico	26,5	43,5	19,77	28,4	30,43	23,4	16,83	18,73	13,73	72,47	82,5	3,8	2,83	14,13	4,77	15,47	9,07	5,2	8,8	9,4	7,17	7,67	4	8,77	

Tab. 4.1: punteggi medi ottenuti dalle ragazze con AN

media	ASQ			PBI MT			PBI PT			ECR			IOS		
	F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd		
AN	26,31	42,5	21,56	26,62	29,62	22,06	17,81	20,25	14,25	78,81	82,75	3	2,9375		

Tab. 4.2: punteggi medi ottenuti dalle ragazze con BN

media	ASQ			PBI MT			PBI PT			ECR			IOS		
	F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd		
BN	26,71	44,64	17,71	30,43	31,36	24,93	15,71	17	13,14	65,21	82,21	4,71	2,71		

Tab. 5: punteggi medi ottenuti dal gruppo di controllo

media	ASQ			PBI MT			PBI PT			ECR			IOS			EDI									
	F	D	S	B	CO	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	pd	md	pd	IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I
C. Controllo	32,34	34,14	15,79	21,24	28,14	27,03	15,38	23,138	14,31	50,62	73,48	4,34	3,517	3,64	2,61	6	2,75	3,25	2,96	3,5	4,29	3,61	3,86	3,93	

Tab. 6: punteggi normativi dei vari test

ASQ	MEDIA	DS	PBI				ECR			IOS		
F	32,52	5,66	Madre		Padre			<u>MEDIA</u>	PAPA'		<u>MEDIA</u>	<u>DS</u>
D	37,45	7,02	<u>MEDIA</u>	<u>DS</u>	<u>MEDIA</u>	<u>DS</u>	EV	43,827	18,557	MAMMA	4,57	1,76
S	15,89	5,67	27,81	8,13	26,89	7,97	AN	69	20,6	PAPA'	4,07	1,8
B	21,12	6,3	13,02	6,68	10,72	5,24						
P	28,84	6,11										

4.1. Statistica descrittiva a T-Student

- Nell'ASQ (relazioni interpersonali)**

Dall'analisi della statistica descrittiva dell'ASQ è emerso che il campione clinico ha ottenuto mediamente punteggi al di sotto della media del gruppo di riferimento con il quale è stato confrontato per quanto riguarda la sottoscala fiducia (media = 26,5), mentre ha conseguito punteggi al di sopra della media in merito al bisogno di approvazione (media = 28,4). Al contrario la media dei punteggi del campione di controllo coincide con quella del campione di riferimento.

Tabella 7: confronto tra campione clinico e campione di controllo

(F= fiducia; D= disagio per l'intimità; S= secondarietà delle relazioni; B= bisogno di approvazioni; P= preoccupazione per le relazioni)

	ASQ				
T – Student	F	D	S	B	P
P<.05	0,0008692	1,2095E-05	0,01082615	1,52E-06	0,06

Tabella 8: confronto tra ragazze con AN e ragazze con BN

	ASQ				
T-Student	F	D	S	B	P
P<.05	0,4441233	0,24945082	0,07800866	0,028931	0,229338

Indagando distintamente i punteggi ottenuti dal campione con AN e da quello con BN riscontriamo per entrambi bassi punteggi nella fiducia ma è interessante notare come le ragazze con AN abbiano alti punteggi solamente nella scala S, mentre quelle con BN in tutte le altre 3 (D, B, P) ma non nella scala S che risulta invece nella media.

Come si può vedere poi dalla tabella (tab. 7), eseguendo un confronto a due a due tra le medie di questi campioni tramite il test T-student sono emerse differenze statisticamente significative tra i punteggi medi ottenuti dalle ragazze con DCA e dal gruppo di controllo in tutte le sottoscale dell'ASQ ad esclusione di P. Tra il campione di ragazze AN e BN invece differenze significative si sono riscontrate solo nella sottoscala B (tab. 8).

• **Nel PBI (relazioni con i genitori)**

Dall'analisi della statistica descrittiva del PBI è emerso che il campione clinico ha ottenuto mediamente punteggi al di sopra della media di almeno 1 ds rispetto al gruppo di riferimento con il quale è stato confrontato per quando riguarda la cura ma non il controllo nella relazione col padre (media = 18,7). Al contrario la media dei punteggi del campione di controllo coincide con quella del campione di riferimento. Indagando però distintamente i punteggi ottenuti dal campione con AN e da quello con BN riscontriamo nel primo caso punteggi nella media, mentre nel secondo caso punteggi significativamente inferiori al gruppo di riferimento nella scala CURE pd (media = 17) .

Come si può vedere poi dalla tabella (tab. 9), eseguendo un confronto a due a due tra le medie di questi campioni tramite il test T-student sono emerse differenze statisticamente significative tra i punteggi medi ottenuti dalle ragazze con DCA e dal gruppo di controllo in entrambe le scale della CURE, sia madre che padre, mentre non ci sono state differenze significative tra il gruppo con AN e quello con BN (tab. 10).

Tabella 9: confronto tra campione clinico e campione di controllo (CU= cura; CO= controllo)

T – Student	PBI MT		PBI PT	
	CU	CO	CU	CO
P<.05	0,029448	0,237719	0,03357	0,36764

Tabella 10: confronto tra ragazze con AN e ragazze con BN

T – Student	PBI MT		PBI PT	
	CU	CO	CU	CO
P<.05	0,1871	0,267176	0,161242	0,3123

- **Nell'ECR (relazioni di coppia)**

Dall'analisi della statistica descrittiva dell'ECR è emerso che il campione clinico ha ottenuto mediamente punteggi al di sopra della media di almeno 1 ds, rispetto al gruppo di riferimento con il quale è stato confrontato per quando riguarda il livello di evitamento delle relazioni con il partner (media= 72,5), a fronte di un livello di ansietà nella media per le suddette relazioni

Tabella 11: confronto tra campione clinico e campione di controllo (EV=evitamento; AN = ansietà)

	ECR	
T - Student	EV	AN
P<.05	0,000168	0,092388

Tabella 12: confronto tra ragazze con AN e ragazze con BN

	ECR	
T - Student	EV	AN
P<.05	0,079758	0,477702

(media = 82,5). Al contrario la media dei punteggi del campione di controllo coincide con quella del campione di riferimento in entrambe le scale. Indagando invece distintamente i punteggi ottenuti dal campione con AN e da quello con BN riscontriamo per entrambi i gruppi punteggi significativamente superiori alla media del gruppo di riferimento nella scala EV.

Come si può vedere poi dalla tabella in appendice (tab. 11), facendo un confronto a due a due tra le medie di questi campioni tramite il test T-student sono emerse differenze statisticamente significative tra i punteggi medi ottenuti dalle ragazze con DCA e dal gruppo di controllo solo nella scala dell'EV, mentre non ci sono state differenze significative tra il gruppo con AN e quello con BN (tab. 12).

- **Nell'IOS (distanza nella relazione coi genitori)**

Dall'analisi della statistica descrittiva dell'IOS è emerso che il campione clinico ha ottenuto mediamente punteggi nella media in entrambe le scale e lo stesso è avvenuto per campione di controllo e nell'analisi distinta dei punteggi delle ragazze con AN e di quelle con BN.

Come si può vedere poi dalla tabella (tab. 13), eseguendo un confronto a due a due tra le medie di questi campioni tramite il test T-student, non sono emerse differenze significative tra i

Tabella 13: confronto tra campione clinico e campione di controllo

	IOS	
T – Student	madre	padre
P<.05	0,133977	0,083898063

Tabella 14: confronto tra ragazze con AN e ragazze con BN

	IOS	
T – Student	madre	padre
P<.05	0,012905	0,36936537

punteggi medi ottenuti dalle ragazze con DCA e dal gruppo di controllo, mentre ci sono state differenze significative tra il gruppo con AN e quello con BN nell'IOS md, dove le prime hanno ottenuto punteggi mediamente più bassi (tab. 14).

- **Nell'EDI-2 (disturbo alimentare)**

Come si può vedere dalla tabella (tab. 15), confrontando a due a due le medie di questi campioni tramite il test T-student sono risultate statisticamente significative la maggioranza delle medie dei punteggi ottenuti dalle ragazze con DCA e dal gruppo di controllo, se si escludono la scala BU e I. Ci sono state poi differenze significative anche tra le medie dei punteggi del gruppo con AN e quello con BN: nella scala BU, IN, CE e ASC (tab. 16).

4.2. Correlazioni

Dal momento che i diversi strumenti si propongono di indagare lo stile di attaccamento in differenti contesti relazionali (con genitori, partner e altri in genere) abbiamo deciso di indagare la presenza di correlazioni tra le varie sottoscale dei questionari misurando l' r di Pearson; poiché sono state riscontrate correlazioni molto alte tra di esse sono stati individuati come significativi tutti gli $r > 0$ uguali a + 0,5 e < 0 uguali a - 0,5.

- **Campione clinico.**

Dai dati presentati nella tabella (Tab. 17) appare molto alta nel campione clinico la correlazione inversa della fiducia nelle relazioni interpersonali con D ($r = -0,703$), B ($r = -0,607$), IN ($r = -0,6$), SI ($r = -0,565$), CE ($r = -0,601$), ASC ($r = -0,501$) e IS ($r = -0,645$), delle cure materne

Tabella 15: confronto tra campione clinico e campione di controllo

(IM= impulso alla magrezza; BU= bulimia; IC= insoddisfazione per il corpo; P= perfezionismo; SI= sfiducia interpersonale; CE= consapevolezza enterocettiva; PM= paura della maturità; ASC= ascetismo; I= impulsività; IS= insicurezza sociale)

T-Student	EDI										
	IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS
P<.05	3,0612E-10	0,051952	1,82E-06	0,000338	0,0254	2,09E-06	7,16E-05	0,010977	0,00033	0,452579	5,88982E-05

Tabella 16: confronto tra ragazze con AN e ragazze con BN

T-Student	EDI										
	IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS
P<.05	0,298051	1,30266E-06	0,13117216	0,026621	0,224335	0,466898	0,022179	0,464222	0,013789	0,141183	0,188681

percepito con IS ($r = -0,58$) e CO madre ($r = -0,625$) e delle cure paterne percepite con IC ($r = -0,529$). Correlano invece direttamente ed in modo significativo disagio nelle relazioni con B ($r = 0,556$), CE ($r = 0,688$) e ASC ($r = 0,543$), bisogno di approvazione con IN ($r = 0,69$), SI ($r = 0,552$), CE ($r = 0,693$) e ASC ($r = 0,604$), controllo paterno con CO madre ($r = 0,587$), IOS madre con CU madre ($r = 0,547$) e IOS padre con CU padre ($r = 0,508$).

Indagando separatamente i due gruppi clinici emergono delle differenze:

- nel gruppo delle ragazze con AN si riscontra un'alta correlazione inversa della sottoscala fiducia nelle relazioni con molte delle sottoscale dell'EDI (IN, P, CE, ASC, IS) e con 2 scale dell'ASQ (D e B), della cure materne percepite con IM e CO md e delle cure paterne percepite con 3 scale dell'EDI-2 (IC, PM e I). Si ha invece una correlazione diretta significativa nel disagio nelle relazioni con B e 7 scale dell'EDI-2 (IC, IN, P, SI, CE, ASC e IS) e nel bisogno di approvazione con 5 scale dell'EDI-2 (IN, P, SI, CE e ASC) (Tab. 18).

- nel gruppo delle ragazze con BN si riscontra un'alta correlazione inversa della sottoscala fiducia nelle relazioni con molte delle sottoscale dell'EDI (IC, IN, SI, CE, I, IS) e con tutte le scale dell'ASQ ad esclusione di P, delle cure materne percepite con 5 scale dell'EDI (IC, IN, SI, CE, ASC, IS) e con 2 scale dell'ASQ (S e B), delle cure paterne percepite con 3 scale dell'EDI-2 (IC, P e ASC), dell'IOS md con 2 scale dell'EDI (SI, e ASC) e con B nell'ASQ, dell'IOS pd con 4 scale dell'EDI (IM, IC, P e ASC) e con 2 dell'ASQ (S e B).

Si ha invece una correlazione diretta significativa nel disagio nelle relazioni con S e B e solo con la scala CE dell'EDI, nel bisogno di approvazione con 7 scale dell'EDI (IM, IC, IN, SI, CE, ASC e IS) e con 2 dell'ASQ (D e S) e del IOS pd con CO md e con CU pd (Tab. 19).

Tabella 17: correlazioni tra le varie scale nel campione clinico

	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		IOS	
	F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd
r IM vs	-0,104	0,008	0,407	0,071	-0,283	-0,433	0,171	-0,310	-0,113	0,422	-0,167	-0,181	-0,431
r BU vs	-0,147	0,244	-0,266	0,441	0,327	0,099	-0,183	-0,094	-0,133	-0,164	0,077	0,307	-0,072
r IC vs	-0,255	0,151	0,300	0,381	0,061	-0,379	0,234	-0,529	-0,121	0,354	0,080	-0,256	-0,498
r IN vs	-0,600	0,432	-0,023	0,690	0,156	-0,341	0,215	-0,314	0,182	-0,115	-0,061	0,110	0,187
r P vs	-0,426	0,493	0,365	0,365	0,206	-0,030	0,064	-0,246	-0,102	0,275	0,065	-0,187	-0,125
r SI vs	-0,565	0,418	0,382	0,552	0,034	-0,416	0,144	-0,397	0,016	0,009	0,039	-0,329	-0,270
r CE vs	-0,601	0,688	0,108	0,693	0,250	-0,245	-0,031	-0,457	-0,089	-0,014	-0,015	0,093	-0,04
r PM vs	-0,164	-0,062	-0,042	0,015	-0,397	-0,398	0,142	-0,043	0,228	-0,140	-0,214	-0,082	0,171
r ASC vs	-0,501	0,543	0,311	0,604	0,265	-0,168	-0,102	-0,488	-0,153	-0,039	-0,009	-0,072	-0,26
r I vs	-0,475	0,475	0,033	0,357	0,213	-0,194	0,043	-0,444	-0,019	0,192	-0,021	0,203	-0,181
r IS vs	-0,645	0,445	0,360	0,385	-0,117	-0,580	0,288	-0,217	0,018	0,341	-0,005	-0,194	-0,075
F vs		-0,703	-0,355	-0,607	-0,252	0,221	-0,113	0,328	0,040	-0,267	-0,254	0,028	0,037
D vs			0,366	0,556	0,277	-0,069	-0,109	-0,255	-0,170	0,083	0,072	0,173	0,049
S vs				0,006	-0,269	-0,499	0,194	-0,234	0,058	0,279	-0,021	-0,406	-0,350
B vs					0,487	-0,106	0,136	-0,257	-0,098	-0,166	0,148	-0,051	-0,095
P vs						0,318	-0,117	-0,055	-0,010	-0,217	0,294	0,076	0,072
CU m vs							-0,625	0,224	-0,332	-0,060	0,185	0,547	0,063
Co m vs								-0,151	0,587	0,117	0,006	-0,434	0,129
CU p vs									0,172	-0,170	-0,072	-0,083	0,508

Tabella 18: correlazione nelle varie scale solo nel sottogruppo AN

AN	ASQ				PBI MT			PBI PT		ECR		IOS		
	F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd	
r IM vs	0,093	-0,358	0,586	-0,410	-0,599	-0,574	0,217	-0,151	0,163	0,476	-0,333	-0,386	-0,378	
r BU vs	-0,334	0,226	0,057	0,126	0,360	-0,237	0,198	0,027	0,444	0,133	-0,266	0,258	0,349	
r IC vs	0,127	0,647	0,292	0,326	0,142	-0,337	-0,262	-0,541	-0,087	-0,213	0,013	-0,243	0,337	
r IN vs	-0,588	0,647	0,065	0,739	0,362	-0,223	0,211	-0,186	0,295	-0,233	-0,166	0,333	0,586	
r P vs	-0,600	0,552	0,292	0,586	0,277	0,158	-0,117	-0,083	-0,033	0,018	0,147	-0,174	0,064	
r SI vs	-0,419	0,745	-0,122	0,549	0,160	-0,434	0,094	-0,224	0,049	-0,301	0,312	0,270	0,357	
r CE vs	-0,668	0,745	0,186	0,607	0,142	-0,303	0,079	-0,432	0,060	-0,164	-0,099	0,093	0,345	
r PM vs	-0,281	0,183	-0,122	0,096	-0,233	-0,337	0,098	-0,538	-0,109	0,010	-0,105	0,264	0,101	
r ASC vs	-0,766	0,670	0,428	0,549	0,158	0,063	-0,262	-0,305	-0,150	0,087	0,103	-0,015	-0,024	
r I vs	-0,485	0,453	0,053	0,208	0,160	-0,260	0,018	-0,541	0,143	-0,042	-0,316	0,382	0,063	
r IS vs	-0,604	0,540	0,389	0,461	-0,089	-0,434	0,124	-0,185	-0,087	0,283	-0,090	0,031	0,042	
F vs		-0,764	-0,268	-0,566	-0,416	0,035	0,094	0,196	0,038	-0,213	-0,156	-0,172	-0,196	
D vs			0,307	0,556	0,248	-0,023	-0,172	-0,224	-0,192	-0,083	0,013	0,222	0,268	
S vs				-0,222	-0,416	-0,404	-0,016	-0,196	0,049	0,388	-0,110	-0,243	-0,308	
B vs					0,638	0,165	0,049	0,085	0,075	-0,301	-0,025	0,103	0,337	
P vs						0,447	0,097	0,173	0,381	-0,233	0,312	0,148	0,333	
CU m vs								-0,615	0,276	-0,339	-0,185	0,253	0,270	-0,110
Co m vs									-0,008	0,796	0,020	-0,100	-0,420	0,357

Tabella 19: correlazione nelle varie scale nel sottogruppo BN

BN	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		IOS	
	F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd
r IM vs	-0,361	0,446	0,265	0,539	0,063	-0,346	0,139	-0,417	-0,448	0,464	0,098	-0,094	-0,501
r BU vs	-0,291	0,286	-0,202	0,393	0,416	0,003	-0,323	0,079	-0,291	0,037	0,340	-0,054	-0,180
r IC vs	-0,525	0,351	0,284	0,702	0,219	-0,533	0,420	-0,646	-0,276	0,440	0,182	-0,339	-0,594
r IN vs	-0,729	0,166	0,099	0,557	-0,147	-0,621	0,374	-0,327	0,163	0,154	0,081	-0,385	-0,205
r P vs	-0,146	0,476	0,438	0,260	0,162	-0,225	0,372	-0,505	-0,261	0,560	-0,113	-0,104	-0,506
r SI vs	-0,722	0,486	0,486	0,839	0,178	-0,653	0,408	-0,265	0,054	0,023	0,082	-0,712	-0,487
r CE vs	-0,647	0,637	0,292	0,691	0,302	-0,367	-0,078	-0,442	-0,204	0,329	0,122	-0,228	-0,489
r PM vs	-0,031	-0,343	0,045	-0,052	-0,585	-0,460	0,202	0,252	0,621	-0,291	-0,386	-0,418	0,262
r ASC vs	-0,328	0,397	0,543	0,531	0,311	-0,556	0,211	-0,571	-0,101	0,065	-0,164	-0,536	-0,545
r I vs	-0,516	0,491	0,138	0,400	0,222	-0,222	0,128	-0,370	-0,128	0,466	0,314	-0,047	-0,413
r IS vs	-0,712	0,431	0,289	0,502	-0,105	-0,673	0,461	-0,296	0,088	0,334	0,093	-0,279	-0,228
F vs		-0,643	-0,502	-0,771	-0,055	0,420	-0,434	0,468	0,049	-0,332	-0,426	0,231	0,384
D vs			0,592	0,545	0,284	-0,170	0,026	-0,267	-0,117	0,338	0,181	0,034	-0,256
S vs				0,554	0,009	-0,583	0,501	-0,421	0,011	0,045	0,141	-0,469	-0,505
B vs					0,283	-0,506	0,393	-0,403	-0,245	0,118	0,454	-0,555	-0,621
P vs						0,152	-0,408	-0,172	-0,493	-0,145	0,283	-0,117	-0,279
CU m vs							-0,649	0,266	-0,309	0,123	0,113	0,767	0,295
Co m vs								-0,346	0,245	0,180	0,215	-0,447	-0,286
CU p vs									0,348	-0,483	-0,166	0,114	0,764
Co p vs										-0,390	-0,243	-0,160	0,561
EV vs											-0,022	0,343	-0,404
AN vs												0,093	-0,16

• **Campione di controllo.**

Dai dati presentati nella tabella (Tab. 20), anche nel campione di controllo appare molto alta la correlazione inversa della fiducia nelle relazioni interpersonali con BU ($r = -0,532$), IN ($r = -0,69$), SI ($r = -0,622$), IS ($r = -0,547$) e con B ($r = -0,535$), delle cure materne percepite con SI ($r = -0,576$) e B ($r = -0,512$) e delle cure paterne percepite con BU ($r = -0,511$) e CE ($r = -0,56$).

Correlano invece direttamente ed in modo significativo secondarietà nelle relazioni con B ($r = 0,522$), BU ($r = 0,565$) e SI ($r = 0,627$), bisogno di approvazione con IN ($r = 0,527$), SI ($r = 0,654$), D ($r = 0,501$) S ($r = 0,522$) e P ($r = 0,587$), nell'evitamento della relazione di coppia con IC ($r = 1$), I ($r = 0,533$) e AN ($r = 0,602$) e nell'ansia per la relazione di coppia con P ($r = 0,679$), CU md ($r = 0,545$) e nell'IOS pd con CU md ($r = 0,536$) e CU pd ($r = 0,676$).

Tabella 20: correlazioni tra le varie scale nel campione di controllo

	ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		IOS	
	F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd
r IM vs	-0,209	0,404	0,164	0,296	0,033	-0,004	-0,168	-0,470	0,364	0,347	0,187	0,033	-0,139
r BU vs	-0,532	0,221	0,565	0,315	0,193	-0,399	0,399	-0,511	0,465	0,347	0,314	-0,110	-0,293
r IC vs	-0,409	-0,690	-0,236	-0,622	0,054	-0,079	-0,342	-0,355	-0,547	1,000	-0,382	-0,483	-0,535
r IN vs	-0,690	0,170	0,289	0,527	0,414	-0,204	0,471	-0,282	0,287	0,353	0,292	0,116	0,064
r P vs	-0,236	-0,093	0,186	0,150	0,348	0,166	-0,063	0,185	0,042	-0,155	-0,001	0,185	0,338
r SI vs	-0,622	0,383	0,627	0,654	0,491	-0,576	0,369	-0,397	0,269	0,402	0,375	-0,121	-0,325
r CE vs	0,054	0,368	0,082	0,153	0,240	-0,110	0,201	-0,560	0,462	0,362	0,256	0,236	-0,229
r PM vs	-0,079	0,379	0,332	0,290	0,449	-0,466	0,236	-0,423	-0,106	0,339	0,431	0,030	-0,404
r ASC vs	-0,342	-0,032	0,296	0,324	0,392	-0,228	0,507	-0,296	0,347	0,312	0,313	0,058	-0,066
r I vs	-0,355	0,281	0,311	0,248	0,345	-0,130	0,391	-0,435	0,595	0,533	0,392	0,173	-0,016
r IS vs	-0,547	0,193	0,421	0,498	0,443	-0,380	0,401	-0,456	0,279	0,465	0,351	0,163	-0,111
F vs		-0,382	-0,483	-0,535	-0,375	0,410	-0,154	0,315	-0,080	-0,100	-0,119	0,269	0,183
D vs			0,313	0,501	0,335	-0,400	0,049	-0,410	0,078	0,245	0,372	-0,296	-0,368
S vs				0,522	0,377	-0,466	0,048	-0,340	0,190	0,275	0,286	-0,185	-0,241
B vs					0,587	-0,512	0,182	-0,089	0,260	0,391	0,270	-0,252	-0,102
P vs						-0,372	0,441	0,003	0,271	0,424	0,679	0,071	-0,053
CU m vs							-0,299	0,471	0,010	-0,090	-0,135	0,392	0,536
Co m vs								-0,007	0,245	0,457	0,545	-0,018	0,013
CU p vs									-0,240	-0,154	-0,129	0,086	0,676
Co p vs										0,314	0,337	-0,040	-0,110
EV vs											0,602	0,359	0,118
AN vs												0,103	-0,017

4.3. Variabili.

- **Ospedalizzazione**

Per indagare se l'ospedalizzazione nelle ragazze con AN possa portare ad ottenere differenze significative nei punteggi entro i singoli gruppi abbiamo confrontato a due a due le medie dei campioni tramite il test T-student.

Come si può osservare dalla tabella (Tab.21) sono emerse differenze statisticamente significative tra i punteggi medi ottenuti dalle ragazze ospedalizzate e da quelle non ospedalizzate in 6 scale dell'EDI (IM, IC, IN, P, CE, ASC), in 4 scale dell'ASQ (F, D, B, S) e nell'IOS pd. Le ragazze ospedalizzate hanno infatti ottenuto in media punteggi superiori. C'è da chiedersi però se questa differenza nei punteggi non sia però dovuta anche all'età delle ragazze, che varia da 12-17 anni nel gruppo delle ragazze ospedalizzate e da 18-25 in quelle non ospedalizzate.

- **Età**

Per scoprire se l'età delle ragazze (scolare vs giovani adulte) potesse portare ad ottenere differenze significative nei punteggi entro i singoli gruppi abbiamo confrontato a due a due le medie dei campioni tramite il test T-student.

Tabella 21: confronto nelle ragazze con AN per la variabile ospedalizzazione

AN ospedalizzate		EDI										
Vs AN non osped.		IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS
T - Student P<.05		0,002	0,156	0,009	0,0003	0,036	0,150009	0,002	0,237	0,017	0,051	0,078

ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		IOS	
F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd
0,006	0,002	0,163	2,62E-05	0,002	0,2	0,332	0,307	0,485	0,083	0,243	0,052	0,05

Tabella 22.1: confronto nelle ragazze con BN per la variabile età

BN 17-25		EDI										
Vs BN 26-42		IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS
T - Student P<.05		0,35	0,106	0,063	0,205	0,014	0,091	0,132	0,394	0,046	0,104	0,07

ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		IOS	
F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd
0,049	0,042	0,105	0,255	0,128	0,155	0,037	0,019	0,205	0,067	0,374	0,5	0,185

Tabella 22.2: confronto nel campione di controllo per la variabile età

c.controllo 14-25		EDI										
Vs 26-45		IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS
		0,33	0,2	0,0	0,0	0,00	0,43	0,08	0,28	0,01	0,02	0,0
T – Student P<.05		6	19	03	1	5	4	9	3	3	8	3

ASQ					PBI MT		PBI PT		ECR		IOS	
F	D	S	B	P	CU	CO	CU	CO	EV	AN	md	pd
0,48	0,066	0,316	0,489	0,442	0,132	0,179	0,392	0,445	0,187	0,441	0,0009	0,004

Come si vede dalla tabella (Tab. 22.1) tra i 2 gruppi di ragazze con BN sono emerse differenze significative nei punteggi medi ottenuti in 2 scale dell'EDI-2 (P e ASC), in 2 scale dell'ASQ (F e D) e in 2 scale del PBI (CO md e CU pd): le più grandi hanno ottenuto in media punteggi più alti in quelle scale.

Nel campione di controllo invece sono emerse differenze significative nei punteggi medi ottenuti in 6 scale dell'EDI-2 (IC, IN, P, ASC, I e IS), e in entrambe le scale dell'IOS; le più giovani hanno ottenuto in media punteggi più alti in quelle scale (tabella 22.2).

Non è stato fatto lo stesso confronto per le ragazze con AN perché i due gruppi di età, quello scolare e quello delle giovani adulte sono gli stessi nei quali erano state distinte le ragazze ospedalizzate e quelle non ospedalizzate.

4.4. Stili d'attaccamento

Dalla trasformazione dei punteggi grezzi ottenuti dai test ASQ, PBI ed ECR nei rispettivi stili di attaccamento (A= distaccato svalutante, B= sicuro, C= preoccupato e D= timoroso) è stato possibile individuare quale fosse l'attaccamento principale delle ragazze appartenenti ai vari campioni nelle differenti relazioni (con i genitori, interpersonali in genere e di coppia).

Analizzando il campione clinico si osserva come nella relazione con la madre il 53,3 % del campione ha un attaccamento di tipo A, il 26,7 % di tipo B, il 16,7 % di tipo D e il restante 3,3 % di tipo C. Per quanto riguarda invece le relazioni con il padre è emerso che 50% ha un attaccamento di tipo A, il 33,3 % di tipo D, 10% di tipo B ed il rimanente 6,7 % di tipo C.

Nelle relazioni interpersonali (ASQ) è emerso che solo il 16,7 % delle ragazze ha un attaccamento di tipo B, il 30% di tipo A, un altro 30% di tipo C ed infine il 23,3 % di tipo D.

Infine relativamente alle relazioni di coppia (ECR) il 60% delle ragazze è risultato avere uno stile di attaccamento di tipo D (timoroso), il 16,7% di tipo C (preoccupante) e il restante 23,3 % di tipo A (Evitante).

Osservando il grafico sottostante emerge, che nel campione clinico c'è una predominanza di attaccamenti A, *distaccati svalutanti* nelle diverse relazioni interpersonali, ad esclusione dell'ECR dove lo stile d'attaccamento principale è risultato essere quello D, *timoroso*.

Grafico 1: rappresentazione degli stili di attaccamento nel campione clinico

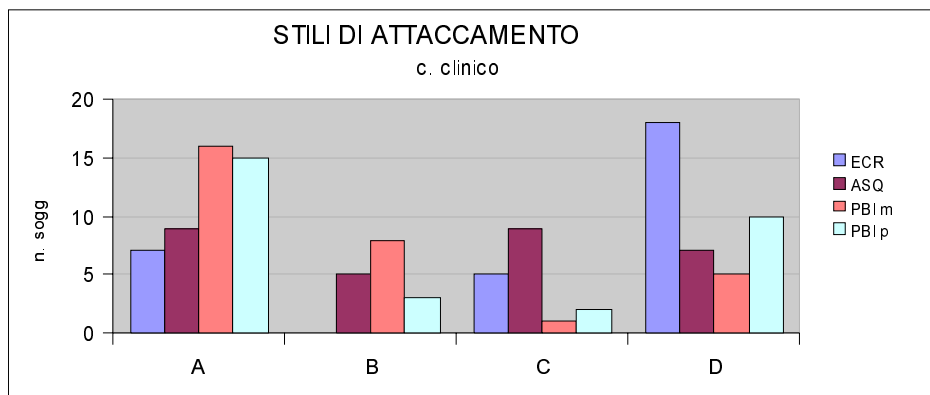


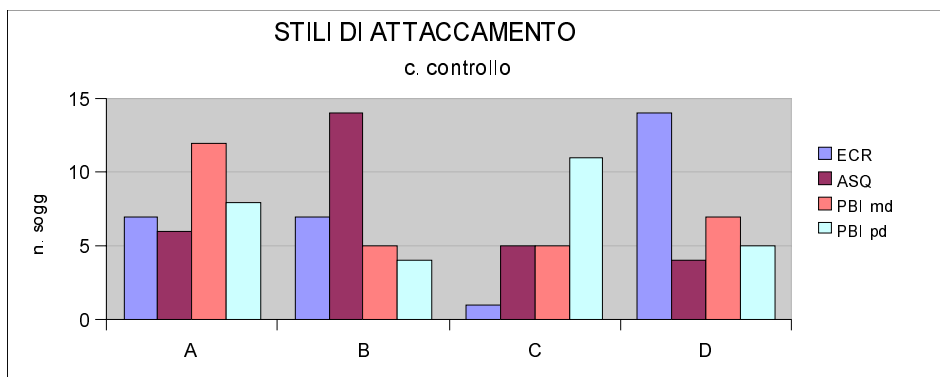
Tabella 23: distribuzione dei punteggi nel campione clinico

	ECR	ASQ	PBI md	PBI pd
A	7	9	16	15
B	0	5	8	3
C	5	9	1	2
D	18	7	5	10

Tabella 24: distribuzione dei punteggi nel campione di controllo

	ECR	ASQ	PBI md	PBI pd
A	7	6	12	8
B	7	14	5	4
C	1	5	5	11
D	14	4	7	5

Grafico 2: rappresentazione degli stili di attaccamento nel campione di controllo



Per quanto riguarda le analisi condotte sul campione di controllo, dai dati ottenuti dal PBI è emerso che nelle relazioni con la madre il 41,4% delle ragazze ha un attaccamento di tipo A, il 24,2% di tipo D, il 17,2% di tipo B e la stessa percentuale di tipo C (17,2%).

Nelle relazioni con il padre invece è prevalso il legame di tipo C con una percentuale di 39,3 %, il 28,6 % ha mostrato un attaccamento di tipo A, 17,8% di tipo D ed infine 14,3% di tipo B.

Nelle relazioni interpersonali (ASQ) si nota che 48,3 % delle ragazze è risultata avere un legame di tipo B, il 20,7% di tipo A, il 17,2 % di tipo C ed il rimanente 13,8% di tipo D.

Infine nelle relazioni di coppia (ECR) il 48,3 % del campione ha un attaccamento di tipo D, il 24,2% di tipo A, il 24,2 di tipo B e il restante 3,3% di tipo C (Tab. 23-24).

La distribuzione dei punteggi ottenuti la si può osservare anche dal grafico, dove si può notare come nel campione di controllo non è stato riscontrato uno stile d'attaccamento predominante: le ragazze hanno riportato principalmente uno stile d'attaccamento distaccato/svalutante

Grafico 3: distribuzione degli stili di attaccamento nei vari test nei soggetti anoressici

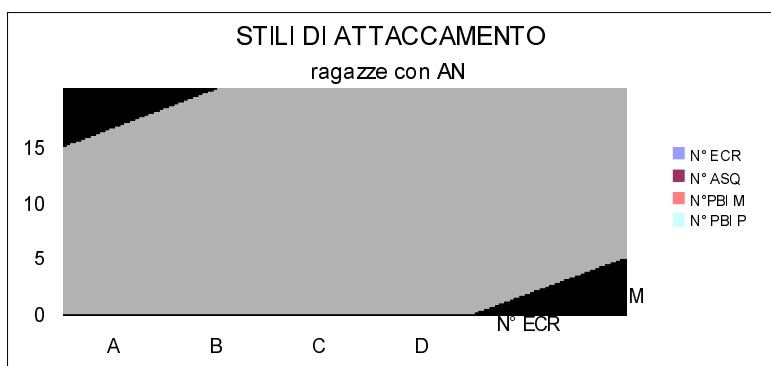


Grafico 4: distribuzione degli stili di attaccamento nei vari test nei soggetti bulimici

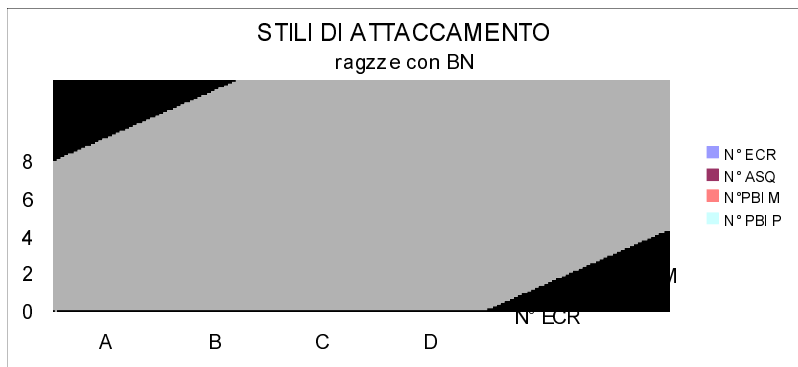


Tabella 25: distribuzione dei punteggi nelle ragazze con AN

	ECR	ASQ	PBI md	PBI pd
A	4	6	11	10
B	0	3	2	2
C	1	4	0	0
D	11	3	3	4

Tabella 26: distribuzione dei punteggi nelle ragazze con BN

	ECR	ASQ	PBI md	PBI pd
A	3	3	5	5
B	0	2	6	1
C	4	5	1	2
D	7	4	2	6

(A) nel PBI rispetto alla madre, un legame di tipo sicuro (B) nelle relazioni interpersonali (ASQ), un attaccamento preoccupato (C) per quanto riguarda le relazioni con il padre (PBI) e un attaccamento timoroso (D) nelle relazioni di coppia (ECR).

Analizzando invece separatamente i punteggi ottenuti dalle ragazze con AN e con BN possiamo riscontrare alcune differenze significative (tab. 25 e tab. 26):

- le ragazze con AN presentano uno stile di attaccamento A nella relazione con entrambi i genitori e interpersonale in genere, mentre manifestano un attaccamento D nella relazione di coppia (grafico 3);
- le ragazze BN invece hanno un attaccamento D nella relazione di coppia e in quella con il padre, una relazione C nelle relazioni interpersonali in genere e B nella relazione con la madre (grafico 4).

Nel gruppo di ragazze con AN 11 su 16 manifestano lo stesso stile di attaccamento nei confronti di entrambi i genitori (A = in 9 ragazze, D = in 2 ragazze) e 5 su 16 hanno lo stesso stile di attaccamento nella relazione di coppia e in quelle interpersonali in genere (A = 2, D = 3): solo 4 su 16 hanno lo stesso stile d'attaccamento in 3 relazioni su 4.

Nel gruppo di ragazze con BN invece 5 su 14 manifestano il medesimo stile di attaccamento nei confronti di entrambi i genitori (A = in 3 ragazze, D = in 2 ragazze) e 8 su 14 hanno lo stesso stile di attaccamento nella relazione di coppia e in quelle interpersonali in genere (A = 1, C = 3, D = 4): solo 2 su 14 hanno lo stesso stile d'attaccamento in 3 relazioni su 4 e 1 solamente ha lo stesso stile d'attaccamento in tutte le relazioni indagate.

Discussione e conclusioni

La letteratura ci ha mostrato come gli stili di attaccamento e i modelli interni che ne derivano, sono un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie, in particolare per i disturbi alimentari.

È stato dimostrato negli anni che le ragazze con comportamenti alimentari disfunzionali presentano, nei confronti delle proprie figure genitoriali, uno stile di attaccamento di tipo insicuro, a differenza delle altre ragazze che tendenzialmente mostrano un legame sicuro (Tereno, Soares, Martins, Celani e Sampaio 2008; Soares e Dias 2007); in particolar modo è stato dimostrato che le pazienti bulimiche hanno maggiormente uno stile di attaccamento preoccupato e le ragazze anoressiche un legame evitante (Noe 2001).

Più recentemente l'interesse si è spostato sulla valutazione dell'attaccamento in relazione ai rapporti interpersonali e in termini di relazione intima con il partner (Ward, Ramsay e Treasure 2000; Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele e Treasure 2001; Evans e Wertheim 2005) mostrando che le ragazze con DCA tendono ad instaurare un pattern di attaccamento insicuro evitante. Ciò sembra dovuto al fatto che queste donne sviluppano credenze di inadeguatezza, ostilità e incapacità relazionale su se stesse e gli altri in relazione ai modelli operativi acquisiti in età infantile; inoltre, a causa dei sentimenti negativi nei confronti del partner, dei conflitti interpersonali e delle convinzioni di abbandono e il rifiuto, hanno paura delle relazioni intime.

Relativamente alle ipotesi iniziali di questa ricerca, secondo cui le ragazze con DCA mostrerebbero una predominanza dello stile di attaccamento insicuro rispetto al campione di controllo e uno stile di attaccamento simile nei vari contesti relazionali, i dati ottenuti confermano solo in parte le premesse.

Come ha dimostrato in precedenza la letteratura, anche dai nostri dati è emerso che riguardo alle relazioni d'attaccamento attuali le ragazze del gruppo clinico mostrano una predominanza

di attaccamento insicuro, nello specifico di tipo A (evitante), mentre le ragazze del campione di controllo di tipo B (sicuro).

Le ragazze con DCA dichiarano infatti un basso livello di fiducia verso gli altri, cui si aggiungono aspetti critici, tipici dell'insicurezza, quali la presenza di disagio nel vivere le relazioni intime, ritenendo secondari i rapporti umani rispetto alle performance. Per quanto riguarda il legame di parenting precoce emerge che tutte le ragazze con DCA considerano l'atteggiamento avuto dai genitori nei loro confronti non caratterizzato da una buona qualità della cura; i genitori sono visti come scarsamente empatici, responsivi e sensibili nei confronti dei loro bisogni di attaccamento. La tendenza all'evitamento dell'intimità risulta caratterizzare pure le relazioni di coppia. Dai dati è emerso tuttavia che anche nel campione di controllo predomina uno stile di attaccamento insicuro sia nei legami coi genitori sia col partner.

Relativamente alla seconda ipotesi, secondo cui le ragazze tendono a manifestare lo stesso stile di attaccamento nelle differenti relazioni, emerge la predominanza in generale di uno stile di attaccamento insicuro, seppur non con le stesse caratteristiche nei diversi contesti relazionali (A e C).

Per quanto riguarda le differenze nei sottogruppi, anoressiche e bulimiche, si può affermare che non emerge grande diversità negli stili di attaccamento tra i 2 gruppi. Nell'ASQ non stupisce che sia le ragazze AN che quelle BN abbiano punteggi bassi nella scala F: le ragazze anoressiche tendono, fidandosi poco dell'altro (alti punteggi in S), ad instaurare relazioni poco profonde, mentre le bulimiche manifestano disagio e preoccupazione nelle relazioni e per sentirsi più a loro agio nelle interazioni hanno bisogno di sentirsi approvate dall'altro (alti punteggi in D, B, P). Entrambi i gruppi di ragazze hanno punteggi bassi nella scala B, che misura il bisogno di approvazione ed evidenzia il tema di giudizio.

A conferma della letteratura si vede poi come la qualità delle cure percepite dalle ragazze con DCA (presenza di una madre iperprotettiva e controllante e presenza di un padre distaccato) interferisce con la relazione con i genitori.

Le relazioni di coppia invece sono vissute dalle ragazze con DCA con un livello di ansietà paragonabile alle ragazze normali anche se in loro si riscontra una tendenza maggiore ad evitare questo tipo di relazioni per le credenze di perfezionismo e di controllo che nel tempo hanno sviluppato. Queste ragazze sembrano particolarmente preoccupate del giudizio altrui, insicure della propria identità e pongono enfasi sul far conto solo su se stesse, confermando la convinzione di relazioni con gli altri significativi basate sulla freddezza e sul rifiuto.

Infine, prendendo in considerazione la variabile età, dai dati non emergono differenze statisticamente significative tra gli stili di attaccamento del campione di controllo, mentre per la variabile ospedalizzazione ci sono differenze generali nelle relazioni interpersonali, ma non in quelle con genitori o nella coppia.

Bibliografia

- Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Ammaniti M, Mancone A, Vismara L (2001). La qualità dell'attaccamento nei disturbi alimentari. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 68, 525-542.
- Attili G, Di Pentina L, Magnani M, (2004). Disturbi del comportamento alimentare, modelli mentali dell'attaccamento e relazioni famigliari. *Psicologia clinica dello sviluppo VIII* (1), 69-96.
- Aron A, Aron EN, Smollan D (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal

- closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612.
- Bartholomew K (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7, 147-178.
- Bowlby J (1980). Attachment and loss: loss, sadness and depression. New York, Basic Books, vol 3.
- Bowlby J (1980) A secure base: parental-child attachment and healthy human development. New York, Basic Books.
- Bowman M J (2000). Emotional eating and parental attachment as predictors of eating disorder symptoms in a non-clinical college population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 60.
- Brennan K A, Shaver PR, Tobey AE (1991). Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationship*, 8, 451-466.
- Brennan K A, Clark CL, Shaver PR (1998). Self report measurement of adult attachment. An integration overview in of Simposon A. Rholes W.S. (a cura di) *Attachment theory and close relationship* (pp 46-76) New York Guilford Press.
- Evans L, Wertheim E (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 285-293.
- Feeney JA, Noler P, Hanrahan M. (1994). Assessing adult attachment in M.B. Sperling & W.H. Berman (eds), *Attachment in adult: clinical and development perspective*. 128-152 New York Guilford Press.
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 15-34.
- Kenny ME, e Hart K (1992). Relationship between parental attachment and eating disorder in a patient and college sample. *Journal of Consulting Psychology*, 39, 521-526.
- Latzer Y, Hochdorf Z, Canetti L, Bachar E (2005). Attachment Styles and Attraction to Death: Diversities Among Eating Disorder Patients. *American-Journal-of-Family-Therapy*, 33 (3), 237-252.
- Leung N, Thomas G, Waller G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs inanorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.
- Main M, Solomon J (1986). *Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, finding and implications for the classification of behavior*. In Yogman M, Brazelton TB (a cura di), *Affective development in infancy*, 121-160. Norwood, NJ, Ablex.
- Noe SL (2001). Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders? *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62.
- Palmer R, Oppenheimer R, Marhall P (1988). Eating-disorder patients remember their parents: a study using the Parental Bonding Instrument. *International Journal of Eating Disorder*, 7, 101-106.
- Parker G, Tupling H, Brown LB (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J (1995). The body attitude test for patients with an eating disorders: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders the journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.
- Ramacciotti A, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A (2001). Attachment processes in eating disorder. *Eating Weight Disorder*, 6, 166-170.
- Soares I, Dias P (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 177-195.
- Steins G, Albrecht M, Stolzenburg H (2002). Attachment and eating disorders: The importance of internal working models of attachment for the comprehension of anorexia and bulimia. *Zeitschrift für Klinische*

Attaccamento e relazioni interpersonali in un campione femminile con disturbi alimentari

Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 31 (4), 266-271.

Tereno S, Soares I, Martins C, Celani C, Sampaio D (2008) Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 49–58.

Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Di Pasquale C. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68 (3), 449-453.

Ward A, Ramsay R, Treasure J (2000) Attachment research in eating disorder. *The British Journal of Medical Psychology*, 73 (1), 35-51.

Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J (2001). Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *The British Journal of Medical Psychology*, 74 (4), 497-505.