

SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI E SCHEMI GENITORIALI ASSOCIATI ALL'ANORESSIA NERVOSA E ALLA BULIMIA NERVOSA

Barbara Basile¹, Chiara Novello³, Simona Calugi⁴, Riccardo Dalle Grave⁴, Francesco Mancini^{1,2}

¹ School of Cognitive Psychotherapy (SPC), Viale Castro Pretorio 116, 00185, Rome, Italy

² Marconi University, Rome, Italy

³ Clinical practice, Vicenza

⁴ Department of Eating and Weight Disorders, Villa Garda Hospital, Garda (Verona), Italy

Corrispondenza

Barbara Basile, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio 116, 00185, Rome, Italy

Tel.: +39 347 6745487

E-mail: basile_barbara@yahoo.it or basile@apc.it or barbara.basile@ordinepsicologiveneto.it

Riassunto

Lo studio ha l'obiettivo di valutare gli schemi maladattivi individuali e gli schemi genitoriali disfunzionali in pazienti con anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN).

Cinquanta pazienti di sesso femminile con diagnosi di disturbo dell'alimentazione (DA; AN=34, BN=16) ricoverate presso un reparto specializzato nel trattamento dei DA e un gruppo di soggetti reclutati dalla popolazione normale (N=33) hanno partecipato allo studio. Sono state raccolte misure volte a rilevare la psicopatologia del DA, la psicopatologia generale e gli schemi maladattivi individuali e genitoriali.

I risultati mostrano che i pazienti con DA presentano schemi individuali negativi relativi al sé, al mondo e agli altri più disfunzionali rispetto ai controlli. Confrontando tra loro gli schemi genitoriali emerge una maggiore pervasività dello schema di inibizione emotiva paterna nelle pazienti. L'analisi di regressione multipla mostra che nel campione clinico, lo schema di isolamento sociale e quello di privazione emotiva paterna sono significativamente e indipendentemente associati alla psicopatologia specifica del DA. Gli schemi delle pazienti con AN e BN si sovrappongono completamente, tranne per lo schema di auto-controllo/auto-disciplina insufficienti, più elevato nel secondo gruppo. Infine, non sono emerse differenze negli schemi genitoriali materni e paterni (in quest'ultimo caso dopo aver pareggiato i dati per l'Indice di Massa Corporea) nelle due categorie diagnostiche dei DA.

In conclusione, i risultati di questo studio evidenziano che i DA sono associati a schemi precoci individuali negativi più disfunzionali rispetto ai controlli. Esaminando gli schemi genitoriali, si distingue il ruolo della figura paterna, descritta come maggiormente invalidante e carente sul piano emotivo nei DA.

Parole chiave: disturbi dell'alimentazione, anoressia nervosa, bulimia nervosa, schemi maladattivi precoci, schema therapy, schemi genitoriali

DOI: 10.36131/COGNCL20200205

SOTTOMESSO APRILE 2020, ACCETTATO LUGLIO 2020

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND PARENTAL SCHEMAS IN ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA

Abstract

The aim of this study was to investigate early maladaptive schemas and parental schemas in patients with Anorexia (AN) and Bulimia Nervosa (BN).

Fifty female patients diagnosed with an Eating Disorder (ED, AN=34, BN=16) admitted to a specialized treatment department and a non-clinical sample participated to the study. Measures to assess for ED severity, general psychopathology and individual and parental schemas were collected.

Results showed that ED patients displayed higher maladaptive schemas compared to healthy controls. When considering parental schemas, the paternal emotional inhibition schema was higher in the patients group, compared to the controls. Multiple regression analyses revealed that within the clinical sample, the social isolation schema and paternal emotional deprivation were significantly and independently associated with the ED severity. Individual schemas in AN and BN mostly overlapped, except the insufficient self-control schema, which was higher in the latter group. Finally, when controlling for Body Mass Index, individuals and parental schemas did not differ between ED groups.

To conclude, the results of this study showed that early maladaptive schemas are more pervasive in ED compared to healthy controls. Whilst when considering parental schemas, the paternal figure was perceived as more emotionally invalidating and neglecting in the ED group.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, maladaptive schemas, schema therapy, parental schemas

Introduzione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale (American Psychiatric Association, 2013). All'interno di questa categoria rientrano due tra i disturbi dell'alimentazione (DA) più noti, l'anorexia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN).

La Schema Therapy (ST, Young et al., 2003) nasce all'interno del contesto della Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) standard integrando ad essa elementi provenienti dalla teoria dell'attaccamento, dall'Analisi Transazionale, dalla scuola della Gestalt e dalla *Emotion-focused Therapy*, per rivolgersi in particolare al trattamento dei disturbi di personalità (DDP). Negli ultimi due decenni, tuttavia, la ST si è rivelata utile anche nella cura di alcune patologie di Asse I (i.e., disturbo post-traumatico da stress, depressione, ansia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, per una rassegna vedi Masley et al., 2012 e Taylor et al., 2017). Lo scopo del trattamento consiste principalmente nell'individuare e nel modificare gli schemi maladattivi precoci (più comunemente detti schemi) originati dalle esperienze relazionali del bambino con le proprie figure di accudimento. Queste, secondo la ST, non ne hanno appagato i bisogni emotivi primari (come cura, attenzione, sicurezza e protezione, empatia etc.) portando allo sviluppo di convinzioni negative su di sé e sugli altri. L'obiettivo ultimo della ST è di offrire al paziente (soprattutto tramite la relazione terapeutica e gli esercizi emotivo-esperienziali) un'esperienza riparativa che possa aiutarlo a colmare tali frustrazioni, sia nel passato, tramite immaginazione, che nel presente, in modo sano e adeguato. Coerentemente, la ST rappresenta una cornice utile per comprendere il ruolo delle esperienze precoci, intese come fattori di rischio per la salute

mentale.

Mentre la maggior parte delle ricerche (sia nell'ambito della TCC che della ST) si è concentrata sull'analisi e sull'intervento di credenze e comportamenti psicopatologici dei pazienti con DA, minore attenzione è stata dedicata alla comprensione dei fattori di vulnerabilità storica che possono contribuire allo sviluppo o al mantenimento di tali aspetti. L'individuazione di questi fattori potrebbe aiutare a sviluppare e testare delle strategie e procedure per aiutare i pazienti che non rispondono agli attuali trattamenti psicologici *evidence-based*, come la TCC-E (*Enhanced*) (Fairburn, 2008), quando il DA si presenta in comorbilità con un altro disturbo mentale, in particolare con i DDP (Martinussen et al., 2017), nonché per avere una maggiore comprensione del disturbo stesso.

Il presente lavoro si propone di individuare gli schemi maladattivi individuali e genitoriali in pazienti con disturbi dell'alimentazione, confrontandoli con quelli rilevati in un campione non clinico. Inoltre, gli stessi schemi vengono esaminati in due sottogruppi del campione clinico, con una diagnosi di AN o BN. Infine, viene analizzata l'associazione tra la gravità sintomatologica e la pervasività degli schemi esaminati.

Materiali e metodi

Partecipanti

Il campione con diagnosi di DA è composto da 50 donne (età compresa tra i 18 e 50 anni) ricoverate da meno di otto settimane presso l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura di Villa Garda (Garda – VR). I criteri di esclusione prevedevano la presenza di almeno una delle seguenti condizioni: uso improprio di sostanze, psicosi acuta, perdita di peso secondaria ad una depressione clinica o a patologia organica, ritardo cognitivo. Ad un gruppo di controllo non clinico (N=33), reclutato dalla popolazione generale, di età compresa tra i 18 e 50 anni, è stata somministrata la medesima batteria di strumenti auto-somministrati. I dati sono stati raccolti tra maggio 2018 e marzo 2020. Tutte le partecipanti hanno dato il consenso alla partecipazione allo studio. Le statistiche descrittive relative alle informazioni anagrafiche, alla gravità della psicopatologia del DA e all'indice di massa corporea (IMC) nei diversi gruppi (i.e., AN, BN, controlli non clinici) sono riportate in **tabella 1**. Lo studio è stato condotto secondo le linee guida della Dichiarazione di Helsinki e approvato dal Comitato Etico della Università Marconi.

Misure

Nelle prime 5 settimane di ricovero le pazienti sono state sottoposte ad una intervista per valutare la diagnosi DA, secondo i criteri del DSM-5 (American Psychological Association, 2013). Ulteriori strumenti self-report sono stati somministrati con l'obiettivo di misurare la gravità della psicopatologia del DA e della psicopatologia generale, assieme alla pervasività degli schemi individuali e parentali.

Il peso e l'altezza delle pazienti sono stati misurati il secondo giorno dall'ingresso in ricovero dall'infermiere. L'indice di massa corporea (IMC) è stato calcolato dividendo il peso in chilogrammi per l'altezza (misurata in metri) al quadrato. Nel campione di controllo le informazioni relative a peso ed altezza sono state auto-riferite dalle partecipanti.

La versione italiana dell'**Eating Disorder Examination** 17.0 D (EDE, Fairburn, Cooper e O'Connor, 2008, Calugi et al., 2015) è stata somministrata (unicamente al campione clinico) da psicoterapeuti con training specifico nella somministrazione dell'intervista con lo scopo di

valutare la diagnosi di DA. Le altre misure sono state compilate da tutte le partecipanti allo studio.

La versione italiana dell'**Eating Disorders Examination Questionnaire** (EDE-Q, Fairburn, Cooper e O'Connor, 2008, Calugi et al., 2017) è una forma auto-somministrata della misurazione precedente e consente di rilevare un punteggio di gravità globale del disturbo e 4 sotto-scale che valutano la psicopatologia specifica del DA (restrizione alimentare, preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per la forma del corpo e preoccupazione per il peso). Le risposte fornite dai partecipanti vengono fornite su una scala likert da 0 a 7 punti e il calcolo del punteggio totale corrisponde alla media delle risposte fornite dal soggetto.

La versione italiana del **Brief Symptom Inventory** (BSI, Derogatis & Meslaratos, 1983) è uno strumento auto-somministrato composto da 53 item (mutuati dalla più nota Symptoms Check List, SCL-90), volto a misurare la psicopatologia generale. Il BSI valuta una vasta gamma di sintomi rilevati attraverso 9 sotto-scale: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide e Psicoticismo. Lo strumento permette di ottenere anche tre indici globali di psicopatologia: Gravità Generale (GSI), Distress da Sintomi (PSDI) e Positività Sintomatologica Generale (PST). Ai fini del presente lavoro nelle analisi è stato considerato unicamente il livello di gravità globale (GSI), derivato al punteggio medio ottenuto dalle risposte dei soggetti, su una scala likert da 0 a 4 punti.

Lo **Young Schema Questionnaire 3** (YSQ-S3, Young, 2005) permette di misurare, in forma auto-somministrata, tramite 90 domande, la gravità e la pervasività dei 18 schemi identificati da Young. Questi includono credenze su sé, sugli altri e sul mondo e misurano: Deprivazione emotiva ("gli altri non sono in grado di soddisfare i miei bisogni emotivi"), Abbandono/Instabilità ("prima o poi gli altri mi lasceranno"), Sfiducia/Abuso ("gli altri mi useranno, manipoleranno o abuseranno"), Inadeguatezza/Vergogna ("sono profondamente sbagliato e inadeguato"), Esclusione sociale/ Alienazione ("mi sento diverso dagli altri ed escluso dal mondo"), Dipendenza/Incompetenza ("senza l'aiuto degli altri non sono in grado di gestire le difficoltà quotidiane"), Vulnerabilità al pericolo o alle malattie ("catastrofi o malattie improvvise possono verificarsi e io non posso fare nulla per evitarlo né ho le capacità di fronteggiarli"), Fallimento ("non riuscirò mai, sono un fallito"), Invischiamento/Sé poco sviluppato ("sono iper-coinvolto con gli altri e non ho un'identità ben definita"), Pretese/Grandiosità ("sono titolato a fare ciò che voglio, senza curarmi dell'effetto che questo ha sugli altri"), Mancanza di Autocontrollo/ autodisciplina insufficiente ("non so tenere sotto controllo le mie emozioni o i miei impulsi"), Sottomissione ("se non voglio che accada qualcosa di brutto, devo mettere da parte le mie emozioni, i miei bisogni e le mie idee e privilegiare quelli degli altri"), Autosacrificio ("i bisogni e le emozioni degli altri sono più importanti dei miei"), Ricerca di approvazione ("è fondamentale ottenere l'approvazione ed il riconoscimento degli altri"), Negatività/Pessimismo ("tutto andrà sempre male"), Inibizione emotiva ("è fondamentale non mostrare quello che provo"), Punizione ("qualsiasi cosa, anche leggermente sbagliata, merita di essere severamente punita"), Standard elevati/Ipercriticismo ("devo raggiungere standard elevati e fare tutto alla perfezione"). Il punteggio di ciascuno schema deriva dal calcolo della media delle risposte fornite dal soggetto ai 4 o 5 item corrispondenti al costrutto, dove ciascun item viene misurato su una scala di risposta likert a 6 punti (1="completamente falso", 6="mi descrive perfettamente").

Lo **Young Parenting Inventory** (YPI, Young, 1999) è un questionario autosomministrato utilizzato per risalire all'origine degli schemi maladattivi precoci del paziente. Ciascuno dei 72 item, ripetuto per entrambe le figure genitoriali, riflette un comportamento parentale che può venire ricondotto a 18 credenze sui due *caregiver* principali. In linea con gli schemi individuali

lo YPI misura la pervasività dei 18 schemi: Abbandono/Instabilità, Sfiducia/Abuso, Deprivazione emotiva, Inadeguatezza/Vergogna, Esclusione sociale/Alienazione, Dipendenza/Incompetenza, Sottomissione, Vulnerabilità al pericolo o alle malattie, Invischiamento/Sé poco sviluppato, Fallimento, Pretese/Grandiosità, Mancanza di Autocontrollo/autodisciplina insufficiente, Autosacrificio, Ricerca di approvazione, Negatività/Pessimismo, Inibizione emotiva, Standard elevati/Ipercriticismo e Punizione. Analogamente allo YSQ, ciascun item viene misurato su una scala di risposta likert a 6 punti (1="completamente falso", 6="mi descrive perfettamente").

Analisi statistiche

Le caratteristiche demografiche e cliniche sono state riportate utilizzando media e deviazione standard. Per il confronto delle variabili anagrafiche (età, scolarità, IMC), della psicopatologia specifica e generale (EDE-Q e BSI), degli schemi individuali (YSQ) e genitoriali (YPI), tra gruppo di controllo e campione clinico e nei due sotto-gruppi di pazienti (AN e BN) sono stati utilizzati dei test per distribuzioni non-parametriche (Mann-Whitney U test). Nei pazienti con disturbo dell'alimentazione, per misurare i coefficienti di correlazione tra la gravità del DA e gli schemi individuali e parentali è stata applicata la correlazione di Spearman. Analisi di regressione multipla, che includono il punteggio totale dell'EDE-Q come variabile dipendente e gli schemi individuali e genitoriali (materni e paterni), individuati come significativamente correlati con la psicopatologia specifica del DA, come variabili indipendenti, sono state condotte per valutare il contributo indipendente di ogni schema sugli altri. Le analisi relative ai sottogruppi di DA sono state condotte controllando per l'IMC. L'analisi è stata effettuata tramite il software di analisi statistica SPSS 20 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Dato il grande numero di confronti e al fine di evitare l'Errore di Tipo I, nel confronto tra campione clinico e campione di controllo e tra i sottogruppi AN e BN, abbiamo abbassato la significatività statistica a $0.05/18=0.003$ quando, individualmente, sono stati utilizzati lo YSQ e il YPI.

Risultati

Le statistiche descrittive relative alle variabili demografiche e cliniche dei campioni esaminati sono state riportate nella **tabella 1**. I risultati indicano che il gruppo di controllo, come atteso, ha un punteggio significativamente più alto sull'IMC, sulla psicopatologia generale e sulla psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione, rispetto al campione clinico. Nessuna differenza significativa è stata invece trovata per quanto riguarda l'età e la scolarità. All'interno del campione clinico, i soggetti con BN presentano punteggi significativamente più alti, sebbene non in maniera marcata, sulle scale della preoccupazione per l'alimentazione e per la forma del corpo, rispetto alle pazienti con AN. Nessuna differenza significativa, se non nell'IMC, è stata trovata nelle altre variabili demografiche e cliniche tra i due gruppi di pazienti.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche nei due gruppi. I dati sono presentati come media e deviazione standard (DS)

MISURE ANAGRAFICHE E CLINICHE	Controlli n=33	Pazienti con DA n=50		AN n=34	BN n=16	
	Media (DS)	Media (DS)	p	Media (DS)	Media (DS)	p
Età (anni)	23.81 (4.47)	25.08 (7.91)	0.878	24.88 (8.43)	25.5 (6.92)	0.453
IMC	20.68 (2.06)	17.08 (4.35)	<0.001	14.83 (2.91)	21.87 (2.7)	<0.001
Giorni di ricovero	--	27.68 (17.74)	-	29.29 (15.78)	27.71 (20.74)	0.617
Scolarità (anni)	14.39 (3.11)	13.91 (2.39)	0.501	14.27 (2.26)	13.18 (2.65)	0.369
Indice globale di gravità (EDEQ)	0.90 (0.81)	4.18 (1.30)	<0.001	4.03 (1.27)	4.5 (1.34)	0.119
Restrizione alimentare (EDEQ)	0.73 (0.84)	3.94 (1.66)	<0.001	4.14 (1.61)	3.53 (1.76)	0.211
Preoccupazione per l'alimentazione (EDEQ)	0.29 (0.42)	3.80 (1.47)	<0.001	3.53 (1.41)	4.38 (1.49)	0.048
Preoccupazione per il peso (EDEQ)	1.13 (1.03)	4.28 (1.62)	<0.001	3.99 (1.61)	4.9 (1.51)	0.058
Preoccupazione per la forma del corpo (EDEQ)	1.46 (1.30)	4.66 (1.45)	<0.001	3.99 (1.61)	5.01 (1.46)	0.039
BSI	0.67 (0.63)	2.27 (0.86)	<0.001	2.19 (0.79)	2.43 (1.00)	0.355

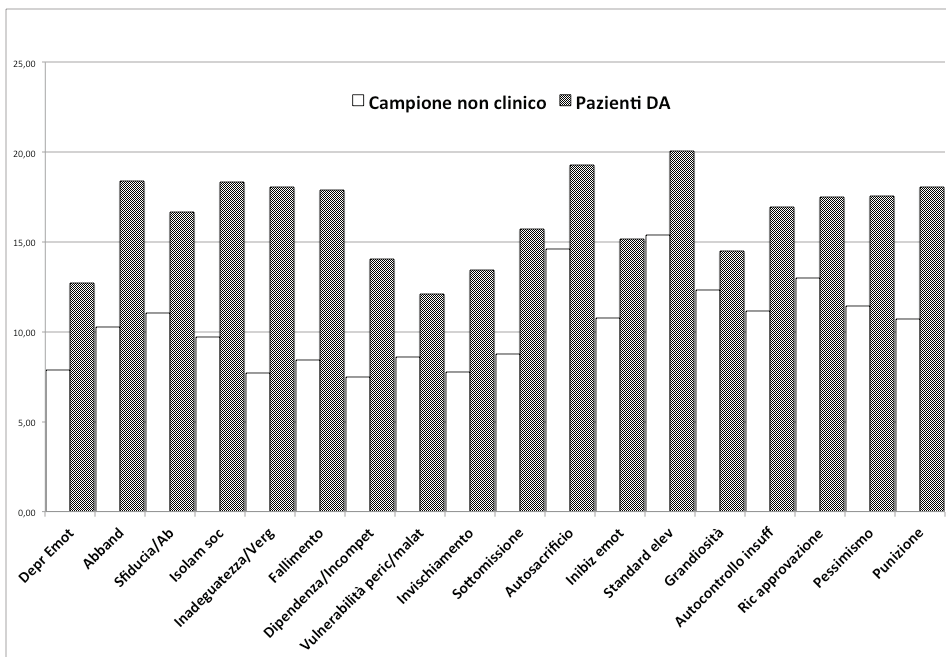
p significativo per Mann-Whitney U test per confronti non parametrici. AN= anoressia nervosa, BN= bulimia nervosa, IMC= indice di massa corporea, DA = disturbo dell'alimentazione, EDEQ=Eating Disorder Examination Questionnaire, BSI= Brief Symptom Inventory. IMC= Indice di Mass Corporea.

Confronto tra i gruppi

1) Schemi individuali nelle pazienti con DA e nei controlli

Il confronto tra campione clinico e campione di controllo ha mostrato che le pazienti riportano un maggiore livello di gravità in tutti gli schemi maladattivi valutati con lo YSQ (tutti i $p < 0.001$), tranne che per lo schema di grandiosità ($p = 0.017$) e lo schema di ricerca di ammirazione e approvazione ($p = 0.003$), rispetto ai controlli. Nello specifico, considerando il profilo di personalità emerso dallo YSQ, mentre nel campione dei controlli gli schemi sensibilmente più elevati risultano essere unicamente l'auto-sacrificio (Media, $M = 14.28$, Deviazione Standard, $DS = 5.45$) e gli standard severi ($M = 15.31$, $DS = 3.59$), nel gruppo di pazienti, molti schemi (i.e., abbandono, isolamento sociale, inadeguatezza/vergogna, auto-sacrificio, standard severi, punizione e negatività/pessimismo) hanno superato la media di 18. Sebbene lo YSQ non presenti un indice di cut-off indicativo di un eventuale indice psicopatologico, riteniamo interessante riportare il profilo degli schemi maladattivi nei due gruppi esaminati (vedi **figura 1**).

Figura 1. Rappresentazione dei punteggi medi in ciascuno degli schemi maladattivi precoci misurati con lo YSQ nel campione non clinico e nelle pazienti con DA. Tutti gli schemi sono significativamente più elevati nel campione di pazienti, rispetto a quello di controllo



2) Schemi genitoriali nelle pazienti con DA e nei controlli

Il confronto tra schemi genitoriali della madre e del padre nei due campioni (pazienti vs. soggetti non clinici) ha evidenziato una sola differenza significativa tra i due gruppi relativa allo schema paterno di inibizione emotiva ($M=38.36$, $DS=27.02$ nei DA; $M=18.90$, $DS=20.30$, nel gruppo di controllo, $z=-3.23$, $p=0.001$).

3) Schemi individuali e genitoriali nelle pazienti con AN e BN

Dal confronto degli schemi individuali tra le pazienti con AN e BN emerge una sola differenza significativa relativa allo schema di auto-controllo/auto-disciplina insufficienti ($M=15.20$, $DS=5.09$ in AN, $M=20.62$, $DS=5.64$ in BN, $z=-3.21$, $p=0.001$). Tra gli schemi genitoriali unicamente quello paterno di dipendenza /incompetenza è risultato essere più pervasivo nel gruppo di BN ($M=20.85$, $DS=31.96$) rispetto al gruppo AN ($M=1.01$, $DS=5.80$, $z=-3.21$, $p=0.001$). Nessuna differenza negli schemi genitoriali materni è stata trovata tra i due gruppi.

In una seconda analisi abbiamo usato il test di Quade (Quade, 1979) per confrontare gli schemi genitoriali paterni nelle due categorie diagnostiche dei DA, controllando per l'IMC. Questa seconda analisi non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi.

Correlazioni e regressione multipla

1) Livelli di psicopatologia e schemi individuali nelle pazienti con DA

L'analisi di correlazione di Spearman ha permesso di misurare il grado di associazione tra i livelli di gravità psicopatologica e gli schemi individuali e parentali. Nelle pazienti, indipendentemente dalla diagnosi specifica, la gravità del disturbo (EDE-Q globale) è risultata significativamente associata agli schemi individuali di isolamento sociale/alienazione ($\rho=0.43$, $p=0.002$), inadeguatezza/vergogna ($\rho=0.44$, $p=0.002$), fallimento ($\rho=0.30$, $p=0.034$), dipendenza/incompetenza ($\rho=0.30$, $p=0.033$), auto-sacrificio ($\rho=0.35$, $p=0.012$) e auto-controllo insufficiente ($\rho=0.32$, $p=0.024$). L'analisi di regressione multipla mostra che lo schema di isolamento sociale ($\beta=0.41$, $t=3.19$, $p=0.002$) è l'unico significativamente associato al punteggio totale dell'EDE-Q.

2) Livelli di psicopatologia e schemi genitoriali nelle pazienti con DA

Nell'analisi sugli schemi genitoriali, gli schemi di vulnerabilità e pericolo e di ricerca di approvazione e riconoscimento materni ($\rho=0.30$, $p=.0038$; $\rho=0.31$, $p=0.028$, rispettivamente) e di deprivazione emotiva paterna ($\rho=0.29$, $p=0.042$) erano positivamente associati con la gravità del disturbo nelle pazienti con DA. Inoltre, quest'ultimo schema paterno rimane indipendentemente e significativamente associato alla psicopatologia specifica anche con l'analisi di regressione ($\beta=0.31$, $t=2.29$, $p=0.026$).

3) Livelli di psicopatologia e schemi individuali e genitoriali nelle pazienti con AN e BN

Per indagare eventuali specificità nel grado di associazione tra la gravità del DA e gli schemi individuali e parentali nell'AN e nella BN, sono state condotte delle analisi di correlazione separate, sulla base della diagnosi. I risultati hanno mostrato che nel gruppo di pazienti con

AN, la gravità della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione è positivamente associata con lo schema di isolamento sociale ($\rho=0.34$, $p=0.048$), degli standard severi ($\rho=0.40$, $p=0.018$) e di negatività/pessimismo ($\rho=0.35$, $p=0.042$). Nel gruppo di BN, invece, la gravità della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione è positivamente associata con lo schema di abbandono ($\rho=0.61$, $p=0.011$), isolamento sociale ($\rho=0.52$, $p=0.041$) e fallimento ($\rho=0.55$, $p=0.028$).

Una seconda correlazione, rispetto al grado di associazione tra l'EDE-Q globale e gli schemi genitoriali, ha mostrato un'associazione positiva tra la gravità del DA e gli schemi di vulnerabilità e pericolo e di standard severi materni ($\rho=0.36$, $p=0.041$, $\rho=0.36$, $p=0.036$), nelle sole pazienti con AN. Inseriti nella regressione lineare le significatività scompaiono. Infine, non sono state identificate correlazioni significative nel gruppo con BN.

Discussione e commento dei risultati

L'obiettivo di questo studio è stato analizzare l'associazione tra costrutti personologici individuali e genitoriali centrali della Schema Therapy e DA. Lo studio ha quattro risultati principali. Il primo risultato, confermando la letteratura esistente (vedi Pugh 2015 per una rassegna, Leung et al., 1999), mostra che i DA sono associati a schemi individuali negativi relativi al sé, al mondo e agli altri più disfunzionali rispetto ai controlli. Secondo la ST l'origine di tali schemi deriva dal mancato appagamento di specifici bisogni emotivi precoci che, secondo i dati di questo studio, nel caso delle pazienti con DA coprono i bisogni più elementari, quali quelli di cura, attenzione, protezione, libertà di espressione emotiva, autonomia e indipendenza.

Il secondo risultato evidenzia che, nel confronto degli schemi genitoriali tra campione clinico e gruppo di controllo, è presente un'unica differenza significativa nello schema paterno di inibizione emotiva. Questo dato ricalca quanto suggerito da Hilde Bruch (1977, 2006), la quale osservò nelle famiglie delle pazienti con DA atteggiamenti evitanti e critici rispetto all'espressione emotiva. In risposta a queste caratteristiche, la negazione e il rifiuto del cibo e il controllo del peso potrebbero divenire un mezzo per manifestare la propria autonomia e indipendenza affettiva dagli altri (Bruch, 2006, Minuchin et al., 1975). Secondo la Schema terapeuta Susan Simpson (2019) le pazienti con DA hanno famiglie che inibiscono la libera espressione emotiva perché esse stesse non sono in grado di tollerare e arginare questa, in realtà, adeguata e normale emotività dei figli. Gli schemi di vulnerabilità e di pericolo e lo schema di ricerca di approvazione e riconoscimento materni e quello di deprivazione emotiva paterna risultano essere significativamente correlati alla gravità del disturbo, ma perdono la loro significatività nella regressione lineare dimostrando la necessità, affinché siano o meno confermati, di una più alta numerosità campionaria.

Il terzo risultato mostra, in linea con la prospettiva transdiagnostica di Fairburn, Cooper & Shafran (2003), che gli schemi delle pazienti con AN e BN si sovrappongono, fatta eccezione per lo schema di auto-controllo insufficiente che, coerentemente con la specifica sintomatologia, risulta essere più elevato nelle pazienti con BN. Questo schema origina dal mancato appagamento del bisogno di avere limiti e regole e porta allo sviluppo di credenze relative al sé percepito come incapace di tollerare emozioni negative e frustrazioni ed è associato a tendenze all'agito impulsive finalizzate all'abbassamento dei livelli di tensione, percepiti come intollerabili. L'attivazione di questo schema corrisponde al *mode* del "bambino impulsivo e indisciplinato" che risulta particolarmente elevato nelle pazienti con BN (Talbot et al., 2015, Pietrabissa, 2019). Dal confronto degli schemi genitoriali tra i due gruppi di DA, emerge una sola differenza nello schema paterno di dipendenza/incompetenza, più elevato nelle pazienti con BN. Questo schema

riflette la percezione di un padre iper-protettivo e considera la figlia incapace nel prendere decisioni ed esprimere giudizi. In uno studio (Meyer e Gillings, 2004) in cui è stato utilizzato il Parental Bonding Instrument è emerso che, tra le diverse dimensioni, l'iper-protezione paterna era l'unico aspetto genitoriale a spiegare la gravità della sintomatologia nella bulimia nervosa. Inoltre, non sono emerse differenze negli schemi genitoriali materni e paterni (dopo aver pareggiato i dati per l'IMC) nelle due categorie diagnostiche dei DA.

L'ultimo risultato riguarda l'associazione tra schemi e gravità del DA. Nel campione clinico lo schema individuale di isolamento sociale e quello paterno di privazione emotiva risultano essere significativamente e indipendentemente associati alla gravità del DA. Lo schema di esclusione ed isolamento sociale riflette la sensazione di essere isolati e profondamente diversi rispetto al resto del mondo e alla propria famiglia (Levine 2012) e sembra rappresentare più un fattore personologico di vulnerabilità al disturbo, anziché una sua diretta conseguenza. Questo schema potrebbe essere associato alla privazione emotiva paterna la quale potrebbe contribuire allo sviluppo di un senso di alienazione rispetto alla stessa famiglia d'origine. L'analisi separata nei due sottogruppi di pazienti mostra che, nonostante correlazioni specifiche nel gruppo di AN e BN (standard severi e negatività nel primo, abbandono e fallimento nel secondo), nessuno schema spiega individualmente la gravità del disturbo.

Il lavoro presenta diversi limiti. In primo luogo, il disegno *cross-sectional* permette di osservare solo delle associazioni tra le variabili esaminate e per tale motivo non è possibile trarre alcuna conclusione sul ruolo causale degli schemi maladattivi precoci nei DA. In secondo luogo, l'esiguità dei campioni esaminati (in particolare delle pazienti con BN) e la natura auto-somministrata della maggior parte degli strumenti utilizzati per misurare le variabili oggetto di indagine non permettono di trarre delle conclusioni solide sui risultati ottenuti. Uno degli sviluppi futuri di questa linea di indagine prevede l'analisi di esperienze precoci a contenuto negativo raccolte tramite tecniche di tipo emotivo-esperienziale. In questo modo sarebbe possibile analizzare il contenuto di tali esperienze, mettendole anche in relazione con quanto misurato dagli strumenti self-report. In terzo luogo, la selezione di sole donne interferisce con la generalizzazione dei dati agli uomini. Infine, il YPI è uno strumento facilmente condizionabile poiché chi compila potrebbe interpretare gli item alla luce dei propri schemi o delle proprie memorie, distorcendo l'immagine reale dei due genitori. Al contempo questo aspetto, però, può avere il vantaggio di ottenere una rappresentazione soggettiva dei pazienti dei loro *caregiver*.

In conclusione, sebbene i limiti dello studio non permettono di trarre delle conclusioni sul ruolo degli schemi maladattivi precoci e degli schemi relazionali parentali nello sviluppo e nel mantenimento dei DA, i risultati confermano che i DA sono associati a schemi individuali negativi relativi al sé, al mondo e agli altri più disfunzionali rispetto ai controlli, con uno specifico coinvolgimento della figura paterna, che risulta essere invalidante e assente sul piano emotivo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bruch, H. (1977). *Patologia Del Comportamento Alimentare: Obesità, Anoressia E Personalità*. Feltrinelli, Milano.
- Bruch, H. (2006). *La Gabbia D'oro. L'enigma Dell'anoressia Mentale*. Feltrinelli, Milano.
- Calugi, S., Ricca, V., Castellini, G. et al. (2015). The eating disorder examination: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia Bulimia and Obesity* 20, 505–511.
- Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., Coppini, A., Franchini, C.,

- Dalle Grave, R. (2016). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 509–514.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory An Introductory Report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., Palmer, R. L. (2008). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-9.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., Abbate-Daga, G. (2009). Factors Associated With Dropout From Treatment For Eating Disorders: A Comprehensive Literature Review. *BMC Psychiatry*, 9, 67–75.
- Leung, N., Waller, G., Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 187, 736–741.
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146, 243-257.
- Martinussen, M., Frigborg, O., Schmierer, P. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 22(2), 201-209.
- Masley, S., Gillanders, D., Simpson, S., Taylor, M. (2012). A Systematic Review Of The Evidence Base For Schema Therapy. *Cognitive Behavior Therapy*, 41, 182–202.
- Meyer, C. & Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 229–233.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychological Review*, 39, 30–41. ^[1]_[SEP]
- Pietrabissa, G., Rossi, A., Simpson, S., Tagliagambe, A., Bertuzzi, V., Volpi, C., Fava, G., Manzoni, G. M., Gravina, G., Castelnuovo, G. (2019). Evaluation of the reliability and validity of the Italian version of the schema mode inventory for eating disorders: short form for adults with dysfunctional eating behaviors. *Eating and Weight Disorders*, in stampa.
- Quade, D. (1979). Using Weighted Rankings in the Analysis of Complete Blocks With Additive Block Effects. *Journal of the American Statistical Association*, 74, 680–683.
- Simpson, S. & Smith, E. (2019). *Schema Therapy For Eating Disorders: Theory And Practice For Individual And Group Settings*. Edited By Routledge.
- Talbot, D., Smith, E., Tomkins, A., Brockman, R. & Simpson, S. (2015). Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *Journal Of Eating Disorders*, 3, 41-45.
- Taylor, C. D. J., Bee, P. & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 456–479.
- Young, J. E. (2005). Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). Cognitive Therapy Center, New York. ^[1]_[SEP]
- Young, J. E. (1999). *Young Parenting Inventory (YPI)*. Retrieved from <http://www.schematherapy.com/id205.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner’s Guide*. Guilford Publications, New York.