

# Stile parentale materno nell'anoressia nervosa di tipo restrittivo in età evolutiva

Maria Pia Cerrone<sup>1\*</sup>, Anna Bernardo<sup>1\*</sup>, Maria Gloria Gleijeses<sup>1,2</sup>, Filomena Salerno<sup>1,2</sup>, Marel-la Solimeno<sup>1</sup>, Ludovica Miragliuolo<sup>1</sup>, Francesca Panico<sup>1</sup>, Marco Carotenuto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>UO di Neuropsichiatria Infantile; Dipartimento di Salute Mentale e Fisica e Medicina Preventiva, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta; <sup>2</sup>Società Italiana di Psicologia Pediatrica (SIPPed); \*uguale contributo degli autori

**Obiettivi.** L'anoressia nervosa restrittiva (ANr) compromette la salute fisica e psichica dei pazienti, impattando anche sul sistema familiare. Lo studio si propone di valutare un possibile tipico profilo materno in modo da migliorare gli approcci terapeutici.

**Metodi.** 56 soggetti con diagnosi di ANr secondo i criteri del DSM5 sono stati reclutati tra dicembre 2022 e giugno 2024 e valutati con questionari standardizzati multidimensionali.

**Risultati.** Valori patologici sono emersi alle scale che indagano i disturbi alimentari, le dimensioni emotive e le compromissioni sociali. Lo stile materno prevalente è attivo ed emotivo e le correlazioni evidenziano la relazione positiva tra la spinta all'assertività e genitore orientato sul sé.

**Conclusioni.** I risultati confermano l'importanza della valutazione genitoriale in questi pazienti come strumento terapeutico integrato.

## Introduzione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono patologie psichiatriche complesse a patogenesi multifattoriale, caratterizzate da comportamenti legati all'alimentazione responsabili di un alterato consumo o assorbimento di cibo che compromettono significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale del paziente [1]. Rappresentano un'emergenza in termini di salute pubblica a causa dell'alto tasso di cronicità, ospedalizzazione e comorbidità medica e costituiscono un'importante causa di mortalità [2].

I DNA mostrano una prevalenza più elevata nei Paesi industrializzati e tra gli individui di sesso femminile, con esordio tipico in adolescenza in attuale diminuzione [3]. Inoltre, la prevalenza life-time dei DNA in adolescenti e giovani adulte varia dal 5,5 al 17,9%, mentre nei maschi dallo 0,6 al 2,4% [4]. Il nucleo psicopatologico sottostante ai DNA sarebbe un circolo vizioso rappresentato dalla sopravvalutazione della forma corporea, del peso e/o dell'alimentazione [5] e da bassa autostima e perfezionismo [6].

Il presente studio si concentra sull'anoressia nervosa di tipo restrittivo (ANr) caratterizzata da un'importante riduzione dell'assunzione di cibo e/o da altri comportamenti alimentari patologici, con numerose comorbidità internistiche e psichiatriche [1], i cui criteri diagnostici comprendono:

- Restrizione dell'assunzione calorica in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
- Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Ancora, specificatori diagnostici sono [1]:

- Tipo con restrizioni (ANr): durante gli ultimi tre mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (es. vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione (ANbp): durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

In quanto patologia cronica l'ANr ha un profondo impatto anche sul sistema familiare e sulle figure genitoriali che appaiono "incapaci" di aiutare in maniera efficace i propri figli, percependosi inadeguati. Da ciò l'importanza della valutazione dello stile parentale, considerato che la terapia basata sulla famiglia (FBT) costituisce l'approccio di prima linea in questi pazienti [7].

## Obiettivi

Lo studio valuta le dimensioni dello stile parentale materno, le caratteristiche psicopatologiche, l'intelligenza emotiva in un campione di soggetti in età evolutiva con diagnosi di ANr, allo scopo di proporre nuovi approcci terapeutici basati sulla famiglia.

## Metodi

Il campione è costituito da 56 soggetti con DNA afferiti presso l'UO di Neuropsichiatria Infantile dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" tra dicembre 2022 e giugno 2024.

I criteri di inclusione sono stati:

- diagnosi di ANr, posta secondo i criteri del DSM-5 e versioni successive (DSM-5 TR);
- livelli cognitivi nella norma (QI $\geq$ 85).

Per ciascun paziente sono stati valutati il BMI all'ingresso e il BMI pc.

Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione, sono state selezionate le versioni italiane standardizzate di scale quali:

- Eating Attitude Test 26 (EAT-26) [8], Body Uneasiness Test A (BUT-A) [9] per indagare rispettivamente i comportamenti alimentari patologici e l'alterazione dell'immagine corporea;
- Emotional Quotient-Inventory: Youth Version (EQ-I:YV) [10] per le diverse dimensioni dell'intelligenza emotiva;
- Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL 6-18), che valuta le competenze sociali e le problematiche emotivo-comportamentali di bambini e adolescenti dal punto di vista del genitore.

Infine, per valutare le interazioni tra genitori-figli e l'ipotetico stile parentale specifico, abbiamo somministrato alle madri il Parents Preference Test (PPT) [11], test grafico che permette, attraverso l'uso di tavole rappresentanti scene di vita fami-

gliare, di indagare il parenting in relazione a quattro dimensioni: focalizzazione attentiva, modalità esperienziale, regolazione del comportamento e l'energia, una sovradimensione che definisce le altre.

**Analisi statistica**

L'elaborazione dei dati è stata effettuata mediante il software IBM® SPSS Statistics Versione 29.0.2.0. L'analisi si è avvalsa della statistica descrittiva: le variabili categoriali sono state espresse come numero dei soggetti e percentuali, quelle continue come media e deviazione standard. Sono state effettuate, inoltre, delle correlazioni bivariate secondo Pearson, con valore di p statisticamente significativo se <0,05.

**Risultati**

Il campione oggetto di studio è composto da 56 soggetti (53 F, 3 M), di età compresa tra i 9,4 e i 17,9 anni, con un'età media di 14,65±1,75 [Tabella 1]. Il BMI medio all'ingresso è di 15,99±2,03, con il 48% dei pazienti che presenta un BMI <5° pc [Grafico 1].

**Tabella 1.**

	Media	DS	Min	Max
Età	14,65	1,75	9,4	17,9
BUT-A	2,95	1,12	0,17	4,42
EAT-26	43,34	17,98	4	72
EQ-i A	85,05	15,34	60	119
EQ-i B	90,43	16,73	60	123
EQ-i C	90,27	14,87	60	126
EQ-i D	94,55	15,92	60	129
EQ-i E	80,29	17,12	60	113
EQ-i F	71,77	14,21	60	106
EQ-i G	98,30	15,90	60	130
CBCL internalizing	68,05	8,45	40	85
CBCL externalizing	56,41	8,18	40	74
CBCL total	62,23	7,61	45	77

Età del campione in esame e risultati dei test somministrati in termini di punteggio minimo e massimo, media e DS.

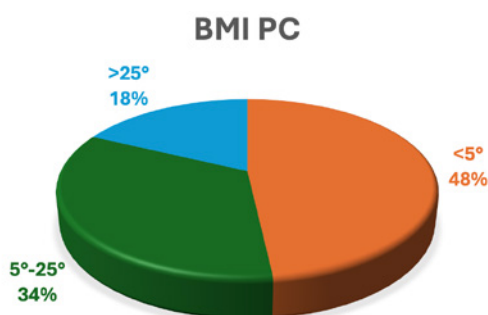


Grafico 1. Distribuzione dei pazienti in base al BMI pc.

Il valore medio dei punteggi ottenuti dai pazienti all'EAT-26 equivale a 43,34±17,98. Sette pazienti, nonostante la diagnosi di ANr, hanno invece ottenuto un punteggio nei limiti della norma. Per quanto riguarda la scala BUT-A, il valore medio dei punteggi ottenuti dai pazienti è 2,95±1,1 e soltanto sei pazienti hanno presentato valori considerati non patologici. Dall'analisi dei dati dell'EQ-i:YV sono emersi punteggi scarsi alla scala A con un valore medio dei punteggi di 85±15,3 e alla scala E con una media di 80,3±17,1. Risulta inoltre un punte-

gio molto scarso alla scala F con un valore medio di 71,8±14,2. I punteggi medi ottenuti dai pazienti nelle restanti scale sono invece adeguati.

In riferimento alla CBCL, nella scala totale emerge un T-score medio pari a 62,2±7,6 con 28 pazienti che presentano valori clinicamente rilevanti (≥64). In particolare, per la scala dei disordini internalizzanti si rileva un valore medio di T-score pari a 68±8,45: circa il 70% del campione presenta quindi valori nei range clinici. Per la scala dei disturbi esternalizzanti si rileva, invece, un T-score medio pari a 56,4±8,2 [Tabella 1]. Infine, dall'analisi dei dati relativi al PPT, si sono delineati dei profili genitoriali così caratterizzati:

- *focalizzazione attentiva*: 27 genitori presentano una focalizzazione attentiva sul bambino con energia attiva, 16 sul sé con energia attiva, 6 genitori sul bambino passiva e 7 sul sé passiva;
- *modalità esperienziale*: 40 genitori mostrano una modalità esperienziale emotiva attiva, 11 emotiva passiva, 3 razionale attiva e 2 razionale passiva;
- *regolazione del comportamento*: 39 genitori presentano una regolazione del comportamento improntata sulle regole in maniera attiva, 13 sulle regole passiva e 4 sul contesto attiva. Nessuno su contesto passivo.

Dalle analisi di correlazione secondo Pearson effettuate tra le varie scale somministrate [Tabella 2], sono emerse diverse correlazioni statisticamente significative. In particolare, si osservano correlazioni negative tra i punteggi ottenuti alle scale EAT-26 e BUT-A con le scale A, C ed F dell'EQ-i:YV e positive tra le stesse scale e i valori della CBCL totale e CBCL disturbi internalizzanti. Nelle correlazioni tra le quattro dimensioni del PPT e gli altri test selezionati nello studio, sono emerse due correlazioni statisticamente significative positive tra la dimensione focalizzazione attentiva del PPT e la scala A dell'EQ-i:YV (r di Pearson= .405; p= .002) e tra la dimensione modalità esperienziale e la CBCL totale (r di Pearson= .275; p= .04).

**Discussione**

Dall'analisi del campione, si conferma la netta prevalenza del sesso femminile (95%) e ben il 48% presenta un BMI pc < 5.

Le scale specifiche per i disturbi alimentari, EAT-26 e BUT-A, mostrano punteggi fortemente patologici in accordo con i comportamenti e le preoccupazioni caratteristiche del disturbo alimentare e fortemente indicativi della paura di ingrassare e dell'insoddisfazione per il proprio corpo.

Per quanto riguarda l'EAT-26, nonostante l'importanza di questo test nel supportare la diagnosi, il 12,5% ha punteggi nei limiti della norma sottolineando un'importante compromissione dell'insight.

Il funzionamento emotivo dei pazienti, valutato attraverso i questionari EQ-i:YV, si caratterizza per capacità emozionali e sociali poco sviluppate alle scale A (intrapersonale) ed E (umore generale) ed estremamente poco sviluppate alla scala F (QE totale).

Nello specifico, la scala intrapersonale indaga l'autoconsapevolezza emotiva, la considerazione del sé e le capacità di assertività, che risultano pertanto scarse in questi soggetti. La mancanza di assertività rappresenta un tratto peculiare nei pazienti con DNA, in grado di peggiorarne l'esito e perpetuarne i sintomi, configurandosi come un fattore predittivo negativo [12].

Dalle analisi secondo Pearson è emerso che bassi livelli di assertività correlano con un aumento dei sintomi e delle preoccupazioni relative ai disturbi dell'alimentazione e con un aumento dell'evitamento e del controllo compulsivo. Infatti, considerando il nucleo psicopatologico del disturbo [6], queste pazienti con bassa autostima e scarsa consapevolezza di sé ricercano un senso di efficacia attraverso il controllo sul cibo e sul proprio corpo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>Energia gruppi</b>	-																
<b>PPT Focalizzazione Attentiva</b>	.14	-															
<b>PPT Modalità Esperienziale</b>	-.36	-.37	-														
<b>PPT Regolazione del Comportamento</b>	-.26	-.50	.52	-													
<b>BUT (A)</b>	-.94	-.39	-.58	.36	-												
<b>EAT-26</b>	.99	-.46	-.89	.06	.001**	-											
<b>EQ-I (A)</b>	.20	.002**	-.63	-.68	.001**	.009**	-										
<b>EQ-I (B)</b>	.86	-.35	-.36	-.96	-.65	.50	.89	-									
<b>EQ-I (C)</b>	-.57	.16	-.39	-.62	-.06	-.03*	.04*	.86	-								
<b>EQ-I (D)</b>	.65	-.44	-.44	-.12	-.42	.53	.75	.001**	.58	-							
<b>EQ-I (E)</b>	-.99	.62	-.65	-.31	-.14	-.38	.002**	.001**	.001**	.001**	-						
<b>EQ-I (F)</b>	-.75	.71	-.86	-.38	.001**	.002**	.001**	.41	.002**	.004**	.001**	-					
<b>EQ-I (G)</b>	.16	.87	.82	-.94	.03*	-.15	.006**	.95	.11	.02*	.03*	.001**	-				
<b>CBCL TOT</b>	-.77	-.56	.04*	.07	.08	.02*	-.14	-.19	-.57	-.02*	-.01*	.06	-.20	-			
<b>CBCL</b>	-.83	-.23	.13	.16	.02*	.006**	-.01*	-.67	-.83	-.03*	-.01*	-.02*	.22	.001**	-		
<b>INTERNALIZING</b>																	
<b>CBCL</b>	.19	-.63	.09	.12	.77	.13	.99	-.18	-.06	-.55	-.04*	-.50	-.64	.001**	.001**	-	
<b>EXTERNALIZING</b>																	
<b>BMI</b>	.60	-.46	.43	-.39	.06	.56	-.07	-.59	.59	-.49	-.14	-.35	-.08	.16	.33	.12	-

Tabella 2. Correlazioni bivariate secondo Pearson. \*p < .05; \*\*p < .001.

Inoltre lo studio conferma l'associazione di ANr con patologie internalizzanti, quali disturbi d'ansia e disturbi depressivi, legati all'aumentare delle preoccupazioni per l'aspetto corporeo e dei comportamenti alimentari patologici. Allo stesso modo, una minore tolleranza allo stress e una riduzione dell'umore generale si associano a una maggiore compromissione delle aree sociali ed emotivo-comportamentali riferite dal genitore. Infine, rispetto allo stile di parenting, le madri di questo gruppo di pazienti tendono a interagire con i propri figli in modo prevalentemente attivo e flessibile, con importante focalizzazione attentiva e ricettività verso le loro esigenze. Rispondono ai loro bisogni da un punto di vista principalmente emotivo e, per quanto riguarda la regolazione del comportamento, sono nettamente improntate sulle regole anziché sul contesto.

Lo studio correlazionale ha mostrato quindi che, all'aumentare della focalizzazione attentiva del genitore verso il sé, aumentano i punteggi ottenuti dal paziente alla scala intrapersonale dell'EQ-iYV, indicando che quanto più il genitore è focalizzato sul sé, tanto più il figlio mostra una spinta all'indipendenza e allo sviluppo dell'assertività e dell'autoconsapevolezza.

Nel nostro campione, scarsi livelli alla scala intrapersonale si associano a una focalizzazione attentiva prevalente sul figlio. Per quanto concerne la modalità esperienziale, quanto più la figura materna è focalizzata sugli aspetti emotivi, tanto maggiore è la compromissione del riferito sulle aree sociali ed emotivo-comportamentali del proprio figlio. Questa correlazione positiva potrebbe, quindi, indicare che un genitore che predilige aspetti emotivi nell'interazione col proprio figlio riesce a coglierne maggiormente le compromissioni sociali ed eventuali disturbi internalizzanti.

### Conclusioni

L'anoressia nervosa è un disturbo complesso associato a numerose comorbidità psichiatriche, in particolare ai disturbi della sfera internalizzante. La psicopatologia di base comprende bassi livelli di autostima e scarsa considerazione di sé, che rappresentano dei predittori del disturbo alimentare e che di fatto si correlano con una maggiore alterazione dell'immagine corporea e con maggiori preoccupazioni inerenti al peso. Anche altre dimensioni del funzionamento emotivo di queste pazienti risultano essere alterate, in particolare la scala dell'umore generale e del quoziente emotivo totale.

Per quanto riguarda la genitorialità, si rileva uno stile di parenting materno nel complesso attivo, flessibile ed emotivo e prevalentemente orientato sul figlio e sul rispetto delle regole. Lo studio correlazionale mette in evidenza l'importanza di indagare il funzionamento familiare e, in particolare, lo stile parentale in questi pazienti, considerando soprattutto il ruolo di primo piano che l'FBT ha nei soggetti con diagnosi di AN. Lo studio presenta, comunque, dei limiti ovvero l'esiguità del campione e la mancanza di un gruppo di controllo. Pertanto, le prospettive future sarebbero quelle di ampliare il campione clinico ed eseguire un follow-up a lungo termine, considerando la possibilità di includere anche la valutazione dello stile di parenting paterno, nonché quella dello stress parentale. ■

*La bibliografia di questo articolo è consultabile online*

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Castellini G et al. Mortality and care of eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2023;147:122–33 doi: 10.1111/acps.13487.
3. Pelle M, Procenesi L, Contini LM et al. I disturbi alimentari e della nutrizione: nuove prospettive e nuove sfide. *Nóos* 2021 doi: 10.1722/3774.37614.
4. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry* 2022;35:362–71 doi: 10.1097/YCO.0000000000000818.
5. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003;41:509–28 doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
6. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. *Complex Cases and Comorbidity in Eating Disorders: Assessment and Management*. Cham: Springer International Publishing 2021. doi: 10.1007/978-3-030-69341-1.
7. Costandache GI, Munteanu O, Salaru A et al. An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy». *Postepy Psychiatr Neurol* 2023;32: 40–8 doi: 10.5114/ppn.2023.127237.
8. Garfinkel PE, Newman A. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eat Weight Disord* 2001;6:1–24 doi: 10.1007/BF03339747.
9. Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eat. Weight Disord* 2006;11:1–13 doi: 10.1007/BF03327738.
10. Cianchetti C, Fancello GS. *EQI: YV. Validazione e Taratura Italiana*. Firenze: Giunti OS; 2012.
11. Baiocco R, D’Alessio M, Iaghi F. *La valutazione del Parenting. Il Parents Preference Test (PPT). Manuale d’uso*. 2011
12. Behar AR, Manzo GR, Casanova ZD. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Médica de Chile* 2006;134:312-9 doi: 10.4067/S0034-98872006000300007.