

"Il Corpo percepito"

Quando la mente NON RIFLETTE lo specchio

Sara Piattino¹, Francesca Riccardi²

Roberto Provato³, Fabio Timo⁴, Pierfrancesco Gulotta³

¹ DiSA, Università di Genova; ² Istituto G. Gaslini (GE);

³ Villa Ridente Struttura Psichiatrica Residenziale, Albissola Marina (SV), ⁴ Virgin Active (GE)

INTRODUZIONE & OBIETTIVO dello STUDIO di RICERCA

L'immagine corporea rappresenta sia il vissuto corporeo che ognuno percepisce, sia la rappresentazione mentale dell'immagine del proprio corpo, non sempre coincidente con la realtà (Shilder, 1950). È ampiamente dimostrato che se un'immagine globalmente positiva di sé esprime un rapporto armonico con il proprio corpo e costituisce un indicatore del benessere psicofisico, un rapporto negativo può essere espressione di disagio e costituire un fattore predisponente lo sviluppo di patologie, come nel caso dei body builder in agonismo (Schwartz & Brownell, 2004) per i quali tale insoddisfazione si traduce in una distorsione dell'immagine corporea che, nello sforzo di cambiare e migliorare il proprio aspetto, può indurre lo sviluppo di gravi disturbi e patologie come il Dismorfismo Corporeo.

Obiettivo dello Studio di ricerca

Testare le differenze nella percezione dell'immagine corporea tra popolazione generale e Body Builders (BB) in agonismo.

METODOLOGIA

Campione e Gruppi di ricerca

- Sono stati inclusi nello studio soggetti con età > 18 aa.
- Criteri di inclusione dei BB: Iscrizione attiva alla IFBB (Italian Federation of Bodybuilders)



Tab. 1 Statistiche descrittive del campione di ricerca (per Gruppi)

Gruppi di ricerca	N	F%	Età	Scolarità
Controllo (cn)	300	54,7	37,3 ± 11,6	14,9 ± 3,7
Body Builders (bb)	49	36,2	34,2 ± 7,3	11,8 ± 3,1



Procedura e Strumenti

• **Scheda anagrafica:** richiede al soggetto di precisare le sue anagrafiche; la professione; caratteristiche cliniche (farmacologiche e terapeutiche, se presenti); pratica sportiva e relativa frequenza.

• **Body Image Questionnaire (BIQ, Koide & Tamaoka, 2006):** self-report di 59 item (di cui 28 reverse); scala Likert a 7 punti da 1 = fortemente d'accordo a 7 = fortemente in disaccordo) che valuta la dismorfofobia dell'immagine corporea attraverso i seguenti fattori:

- **Funzionale** (es. *Non posso muovermi liberamente*);
- **Anatomico** (es. *Le mie mani sono più piccole del normale*);
- **Psicologico** (es. *Non mi preoccupa stare a contatto con gli altri*).



• **Body Uneasiness Test (BUT parte A, Cuzzolaro et al., 2000):** self-report di 34 item; scala Likert a 6 punti da 0 = mai a 5 = sempre) che valuta il disagio relativo alla propria immagine corporea attraverso i seguenti fattori:

- **WP** - paura morbosa dell'aumento di peso (es. *Faccio lunghi confronti tra il mio aspetto e quello degli altri*);
- **BIC** - preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico (es. *Penso che la mia vita cambierebbe profondamente se potessi correggere alcuni miei difetti estetici*);
- **A** - comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo (es. *Resto in casa ed evito di farmi vedere dagli altri*);
- **CSM** - controllo compulsivo dell'aspetto fisico (es. *Ho l'impressione che la mia immagine cambi continuamente*);
- **D** - vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo (es. *Mi sento scollato/a dal mio corpo*).
- La somma dei punteggi totali delle 6 scale determina un valore totale che corrisponde all'indice di severità globale (*Global Severity Index [GSI]*).

RISULTATI

Analisi effettuate

Statistiche descrittive

Calcolo dei valori di frequenza percentuale, media (d.s) e range (I.C.) delle variabili di stratificazione e dei punteggi per il campione in generale e per i due gruppi di ricerca;

Statistiche Inferenziali

Applicazione di una MANCOVA (analisi della covarianza multivariata): 2 (Gruppi: controllo, BB) x 2 (Genere), con età e istruzione media in anni come covariate. VD: punteggi medi 3 scale del BIQ; punteggi medi 6 scale del BUT

1(a) Descrittive

Tab. 2 Punteggi alle scale del BIQ (per Gruppi)

Fattore	Gruppo	Media	Deviazione Std.
Fattore Funzionale BIQ	Controllo	3,01	,56
	BB	2,73	,43
Fattore Anatomico BIQ	Controllo	3,24	,51
	BB	3,19	,47
Fattore Psicologico BIQ	Controllo	3,00	,62
	BB	2,83	,65

Tab. 3 Punteggi alle scale del BUT_a (per Gruppi)

Fattore	Gruppo	Media	Deviazione Std.
Fobia del peso (Weight Phobia)	Controllo	1,14	,91
	BB	1,17	1,13
Preoccupazione per IC (Body Image Concern)	Controllo	,89	,79
	BB	1,17	,88
Condotta evitamento IC (Avoidance Body Image)	Controllo	,29	,54
	BB	,44	,66
Controllo compulsivo della propria immagine (Compulsive Self Monitoring)	Controllo	,65	,56
	BB	1,15	,86
Depersonalizzazione (Depersonalization)	Controllo	,36	,50
	BB	,44	,56

Non solo "Complesso di Adone"...

Valori del GSI di Outliers soprattutto nelle **donne!**



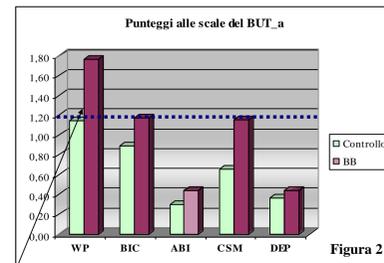
Controllo vs BB Sig per:

- WP; BIC; CSM che discriminano > tra popolazione generale e gruppo BB (assimilabile alla categoria dei "vigoressici"), come evidenziato in riquadro tratteggiato in **bordeaux** in Tabella 3.

1. (b) Statistiche Inferenziali

BIQ

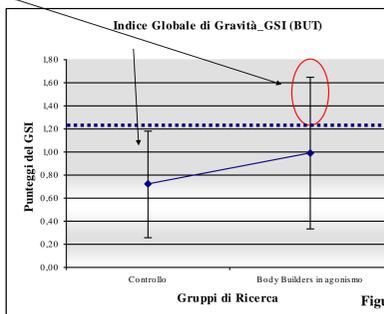
Fattore	(I) Gruppo	(J) Gruppo	Sig
Fattore anatomico	Controllo	BB	n.s.
Fattore funzionale	Controllo	BB	p < .01
Fattore psicologico	Controllo	BB	n.s.



BUT

Fattori BUT	(I) Gruppo	(J) Gruppo	Sig.
Fobia del peso (WP)	Controllo	BB	,000
Preoccupazione per Immagine Corporea (BIC)	Controllo	BB	,041
Condotta di evitamento Immagine Corporea (ABI)	Controllo	BB	n.s.
Controllo compulsivo della propria immagine (CSM)	Controllo	BB	,000
Depersonalizzazione (DEP)	Controllo	BB	n.s.
Global Severity Index [GSI]	Controllo	BB	,006

La presenza di un disagio del corpo clinicamente significativo è probabile se il punteggio GSI >1.2 (Fascia di Rischio nei BB)



Discussione dei Risultati

I risultati dello studio evidenziano una differenza significativa tra i due gruppi del campione solo in alcune dimensioni investigate (fattore Funzionale al BIQ; WP, BIC, CSM al BUT), senza che si arrivi ad un livello di disagio clinicamente significativo (GSI < 1.2).

Tuttavia, nel gruppo dei BB emerge uno stato di disagio che si colloca in una fascia di rischio con valori critici per il sottogruppo delle donne (GSI medio = 1,25 ,40).

Tra le sottoscale del BUT emerge una discriminante statistica tra i due gruppi, per quanto concerne la fobia del peso (WP). Invece, dalle stime dei punteggi medi delle sottoscale BIC (preoccupazione eccessiva per il proprio peso) e CSM (controllo compulsivo dell'aspetto fisico) emerge che il gruppo sperimentale si colloca sempre in una zona di confine sulla quale porre attenzione per interventi mirati sulla prevenzione primaria, in modo da evitare di sfociare nella patologia.

Per quanto riguarda il BIQ, il gruppo dei BB si differenzia da quello di controllo per il solo fattore Funzionale.

Obiettivi futuri di ricerca

Studio 1bis: inserire nel campione due nuovi gruppi per una casistica clinico-nosografica includendo pazienti con diagnosi di DCA e pazienti psichiatrici con livello di funzionamento psicotico.

Studio 2: (progettato e in fase di realizzazione) efficacia dell'attività motoria strutturata per un miglioramento della percezione della propria immagine corporea: parametri funzionali, psico-emozionali e relazionali.

CONCLUSIONI

Ci vuole un fisico bestiale ... ???

I dati sembrano pertanto avvicinarsi alle recenti conclusioni, presenti in letteratura (Pope, et al., 2000), sulla possibilità di sviluppare, per i BB in agonismo un disturbo psicologico, assimilabile alla nuova categoria diagnostica della "Vigoressia", un Disturbo Dismorfico Muscolare che si colloca in una zona d'ombra tra Disturbi dell'Alimentazione NAS, Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbo da Dismorfismo Corporeo. Tale dispercezione si correlerebbe al fatto che in tali soggetti il corpo viene percepito come molto lontano da quello ideale, sovrastimando, come ci si attendeva, l'aspetto funzionale, ma soprattutto, in presenza di un Indice di severità globale (GSI al BUT_a) con valori vicini al *cut off* (fattore di rischio), in particolare modo per le donne in agonismo. Tale dato rimanda all'importanza dell'impegno degli operatori sanitari nella prevenzione primaria, che mira a promuovere la salute su larga scala, tentando di prevenire l'insorgenza di "VECCHIE" e "NUOVE" patologie e sindromi cliniche.

RINGRAZIAMENTI

• Si ringraziano la Federazione IFBB - Italian Federation of Bodybuilders nella persona del Presidente Benedetto Mondello e la TRP Barbara Carillo, che hanno partecipato attivamente a questo studio, apportando un significativo contributo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cuzzolaro, M., Vetrono, G., Marano, G., & Battacchi, M. (2000). Body Uneasiness Test, BUT. In L. Conti, (Ed.) *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, vol 3*, (pp 1759-1761). Firenze: SEE.
- Koide, R., & Tamaoka, A. (2006). Body Image Deviation in Chronic Schizophrenia: New Research. In M.V. Kines (Ed.) *Body Image: New Research* (pp. 145-197). Nova Science Publishers.
- Pope, H.G. Jr.; Phillips K.A.; Olivardia R. (2000) *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*, The Free Press, New York.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image, 1*, 43-56.
- Shilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International University Press.
- Siciliani, O., Siani, R., & Castellazzi, M.S. (2007). Immagine corporea: confronto tra pazienti con disturbi del comportamento alimentare e pazienti con altri disturbi psichiatrici afferenti al Servizio di Psicoterapia del Policlinico "G.B. Rossi" in Verona. *Giornale Italiano di Psicopatologia, 13*, 155-161.