



**Università degli Studi di Roma Sapienza
Facoltà di Medicina e Psicologia
Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica**

Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica

XXXI Ciclo

**“Studio empirico sul Funzionamento Familiare,
Indicatori di Rischio Psicopatologico Genitoriale e
Comunicazione Emotiva tra Genitori e Figlie in Famiglie
con Adolescenti con Disturbi del Comportamento Alimentare”**

Dottoranda: Erriu Michela

Tutor:
Prof.ssa Silvia Cimino

Co-tutor:
Prof.ssa Paola Carbone

A.A. 2018-2019

INDICE

PARTE I

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE AI DISTURBI ALIMENTARI ADOLESCENZIALI

1.1. Premessa: il fenomeno dei DCA.....	4
1.2. Epidemiologia dei DCA.....	5
1.3. Inquadramenti nosografici dei DCA.....	6

CAPITOLO 2: LA FINESTRA EVOLUTIVA DELL'ADOLESCENZA

2.1. Adolescenza: definizione della fase del ciclo di vita.....	7
2.2. Compiti evolutivi e processi di sviluppo in età adolescenziale.....	8
2.3. Adolescenza e disturbi alimentari: elementi individuali e relazionali.....	10

CAPITOLO 3: BACKGROUND TEORICO E LINEE DI RICERCA SUI DCA IN ADOLESCENZA

3.1. Differenti vie di ingresso al tema dei DCA in adolescenza.....	12
3.2. La teoria dei sistemi familiari.....	13
3.3. Il paradigma sistemico relazionale e i DCA.....	16
3.4. La ricerca sui processi familiari nel disturbo alimentare: lo stato dell'arte delle evidenze empiriche.....	19
3.5. Il ruolo della famiglia nei DCA.....	22
3.6. Il funzionamento familiare: nuovi scenari per la ricerca empirica.....	25
3.7. Un modello integrato per la comprensione dei DCA: Approccio sistemico-relazionale e <i>Developmental Psychopathology</i>	32
3.8. Ulteriori elementi familiari per la ricerca empirica sui DCA.....	36
3.8.1. La comunicazione emotiva genitori-figli.....	36
3.8.2. I padri.....	38

PARTE II

LA RICERCA

CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA

1.1. Introduzione al progetto di ricerca: <i>Studio empirico sul funzionamento familiare, indicatori di rischio psicopatologico genitoriale e comunicazione emotiva tra genitori e figlie in famiglie con adolescenti con disturbi del comportamento alimentare</i>	40
1.2. Impianto metodologico della ricerca.....	41

1.2.1. Obiettivi generali e obiettivi specifici.....	41
1.2.2. Ipotesi di ricerca e principali risultati attesi.....	42
1.2.3. Soggetti partecipanti e raccolta dei campioni.....	43
1.2.4. Procedure di ricerca.....	45
1.2.5. Strumenti per la valutazione.....	46
1.2.5.1. <i>Symptom CheckList-90 item-Revised</i> (SCL-90-R).....	46
1.2.5.2. <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV</i> (FACES-IV).....	47
1.2.5.3. <i>Youth Self-Report 11/18</i> (YSR 11/18).....	48
1.2.5.4. <i>Toronto Alexithymia Scale</i> (TAS-20).....	49
1.2.5.5. <i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (BIS-11).....	49
1.2.5.6. <i>Autobiographical Emotional Events Dialogue</i> (AEED).....	50

CAPITOLO 2: RISULTATI DELLA RICERCA

2.1. Lo studio sul funzionamento familiare in campioni clinici di DCA.....	52
2.1.1. Rappresentazioni del funzionamento familiare	52
2.1.2. Profili psicologici adolescenziali e rischio psicopatologico dei genitori	56
2.1.3. Associazione tra funzionamento familiare percepito dalle adolescenti e profili psicopatologici adolescenziali	60
2.1.4. Associazione tra funzionamento familiare percepito dalle adolescenti e rischio psicopatologico genitoriale.....	61
2.2. Studio di approfondimento sulla comunicazione emotiva genitori-figli.....	63
2.2.1. Statistiche descrittive variabili di funzionamento familiare. Ratio e profili familiari.....	63
2.2.2. Statistiche descrittive variabili di funzionamento psicologico in genitori e figlie	72
2.2.3. Analisi correlazionali tra le variabili misurate dagli strumenti self-report.....	73
2.2.4. Statistiche descrittive dei dati ricavati dallo strumento AEED: classificazioni finali.....	77
2.2.5. Analisi correlazionali tra punteggi AEED nelle diadi madri-figlie e padri-figlie.....	85

CAPITOLO 3: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

3.1. Discussioni.....	87
3.2. Conclusioni.....	95
3.2.1. Punti di forza e limitazioni dello studio.....	98

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	101
---------------------------------------	------------

PARTE I

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE AI DISTURBI ALIMENTARI ADOLESCENZIALI

1.1. Premessa: il fenomeno dei DCA

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono un fenomeno estremamente diffuso, rilevante in maniera peculiare nella fascia d'età adolescenziale. Nonostante risultino in crescita tra il genere maschile, i DCA interessano una popolazione prevalentemente femminile di ragazze adolescenti e giovani donne, a partire dai 13 fino ai 25/30 anni di età, con un rapporto tra maschi e femmine di circa 1 a 10 (American Psychiatric Association [APA], 2000; Andersen, 2002; Goewers, Crisp, Joughin & Bhat, 1991).

Negli ultimi decenni i DCA in adolescenza hanno stimolato crescente attenzione tra clinici e ricercatori, non solo per la prevalenza e la gravità di questo tipo di patologia, ma anche perché essi rappresentano un rilevante problema di salute pubblica nel mondo occidentale moderno (APA, 2010). I costi economici e sociali implicati in questo tipo di patologia richiamano sempre più l'importanza, oltre che sulla diagnosi, sugli interventi di trattamento e sulla prevenzione (Lask & Bryant-Waugh, 2007; Speranza, 2010; 2014; Zavattini, 2008). Definiti come disturbi finalizzati al controllo del peso corporeo che determinano danni significativi alla salute fisica e psicosociale, i DCA rappresentano un gruppo di condizioni estremamente complesse, caratterizzate nei soggetti che ne soffrono da anomalie nei patterns di alimentazione, eccesso di preoccupazione per la forma fisica e alterata percezione dell'immagine corporea (Dalle Grave, 2011; Fairburn & Harrison, 2003; Rosen - American Academy of Pediatrics, 2010; Sigel, 2008). Data la loro complessità, i DCA sono considerati una patologia psichiatrica a patogenesi complessa, definita da diversi fattori psicologici individuali e relazionali, ma anche socio-culturali (Onnis, 2004; Treasure, Schmidt, & Van Furth, 2003).

1.2. Epidemiologia dei DCA

In riferimento alla popolazione generale, la letteratura epidemiologica internazionale sui disturbi alimentari suggerisce una prevalenza del 0.5%-1.0% per l'Anoressia Nervosa tra adolescenti e adulti, mentre un numero di soggetti tra lo 0.5% e il 3.0% soffrirebbero di Bulimia Nervosa (Swason, Crow, Le Grange, Swedensen & Merikangas, 2011). Il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder-BED), avrebbe una prevalenza life time di 1.0%-2.6%, mentre la prevalenza dei disturbi non altrimenti specificati (EDNOS), che sono particolarmente frequenti nelle adolescenti e nelle giovani adulte, si attesterebbe globalmente intorno al 6-8% (American Academy of Pediatrics, 2010; Sigel, 2008; Watson, Dreher, & Steele, 2010).

In Italia e nei paesi maggiormente industrializzati al mondo si registrano 3-5 casi di Anoressia Nervosa ogni mille giovani, 10-15 casi di Bulimia Nervosa e 40-70 casi di Binge Eating Disorder ogni mille giovani (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe, & Walsh, 2010). In riferimento alla popolazione di adolescenti, alcuni studi epidemiologici non strettamente basati sui criteri del DSM hanno evidenziato un'elevata prevalenza di comportamenti alimentari disturbati (14%-22%), mentre l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il BED sono stati riscontrati rispettivamente nel 0.3%, 0.9% e 1.6% della popolazione (Smink, van Hoeken & Hoek, 2013). Inoltre, secondo ulteriori recenti studi epidemiologici, il 5.7% delle femmine e l'1.2% dei maschi adolescenti della popolazione di comunità presentano disturbi alimentari, confermando la maggiore prevalenza della patologia tra ragazze (Smink, van Hoeken, Oldehinkel & Hoek, 2014).

L'Anoressia Nervosa rappresenta la forma di disturbo alimentare più tipica in adolescenza e presenta un picco di esordio tra 12 e 17 anni (Sigel, 2008). Uno studio longitudinale italiano ha rilevato che l'età media di insorgenza di questo tipo di disturbo alimentare si è ridotta di circa un anno in un decennio (1970: 18,6 anni; 1981: 17,6 anni), con un incremento pari quasi al 100% delle diagnosi prima dei 16 anni (1970: 17%; 1981: 32%) (Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello, & Santonastaso, 2009). Inoltre, secondo recenti studi, la fase di sviluppo compresa tra gli 11 ed i 14 anni risulta particolarmente a rischio per la comparsa di questa malattia e delle altre forme di DCA

(Cerniglia, Cimino, Ballarotto & Monniello, 2014). Già tempo prima, Levine (1987), in particolare, aveva indicato nel range di età tra i 14 e i 18 il periodo più critico per la comparsa dei disturbi alimentari nelle femmine adolescenti. Questi dati rivestono particolare importanza in considerazione del fatto che la prima adolescenza e la pubertà (11-14 anni) sono state descritte come periodo di sfida e cambiamento durante il quale la crescita fisica è più veloce rispetto a qualsiasi altro momento della vita, escludendo i mesi prenatali e la prima infanzia (Paciello, Fida, Tramontano, Cole & Cerniglia, 2013).

1.3. Inquadramenti nosografici dei DCA

I DCA sono stati introdotti per la prima volta nel DSM IV (APA, 1994) nel 1994. Poiché la fenomenologia di questi disturbi è in continua trasformazione, fin dall'inizio è emersa la necessità di definire criteri diagnostici attendibili e validi. Nella recente ampia revisione della classificazione dei DCA messa in atto nel DMS V (APA, 2013) riveste notevole importanza l'introduzione di una nuova entità nosografica, il Binge Eating Disorder (BED). Tale tipologia di disturbo alimentare, che nelle precedenti versioni del DSM (APA, 1994; 2000) era inclusa nella categoria dei disturbi alimentari non altrimenti classificati (EDNOS), è stata recentemente inserita nel DSM V come categoria diagnostica a sé stante, per via della crescente rilevanza clinica riscontrata (Kessler et al., 2013). Questa importante variazione nell'inquadramento diagnostico dei disturbi alimentari ha permesso di superare il rilevante limite delle precedenti versioni del DSM, rappresentato dall'elevata percentuale di soggetti (circa il 60% dei pazienti, soprattutto tra i minori), che cadevano all'interno degli EDNOS.

Il riconoscimento di tre specifiche categorie diagnostiche (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder) aumenta ulteriormente la possibilità di descrivere e comprendere in maniera approfondita il fenomeno dei disturbi alimentari, e ne sottolinea la rilevanza interpretativa in termini di valutazione sia individuale che relazionale.

CAPITOLO 2: LA FINESTRA EVOLUTIVA DELL'ADOLESCENZA

2.1. Adolescenza: definizione della fase del ciclo di vita

Attualmente, l'adolescenza come fase del ciclo di vita si è notevolmente dilatata. Da un lato, specie nei paesi ricchi, l'inizio del periodo adolescenziale avviene già intorno ai 10 anni, poiché le bambine tendono a svilupparsi molto presto (Song, Ma, & Wang, 2014). Da un altro, è divenuto particolarmente lungo il percorso di vita che dall'adolescenza si conclude nell'età adulta. Fino a poco tempo fa, l'adolescenza era ritenuta conclusa intorno ai 19 anni di vita e dal punto di vista biologico l'ingresso nella vita adulta era corrispondente all'età in cui si concludeva lo sviluppo, ossia quando il corpo cessava di crescere, non oltre i 20 anni (Patton & Viner, 2007).

Diverse ricerche scientifiche recentemente effettuate in ambito neurobiologico hanno evidenziato che il cervello dei giovani continua a maturare ben oltre i 20 anni (Gogtay, Giedd, & Lusk, 2004; Simmonds, Hallquist, Asato, & Luna, 2014), funzionando sempre più velocemente e in maniera più efficiente. Questi risultati, insieme alle evidenze che altri aspetti della crescita corporea avvengono oltre il compimento della maggiore età (Schulze et al., 2006), portano gli studiosi a ritenere che l'adolescenza rappresenti un'età non precisamente definita (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018). A tali osservazioni si unisce anche la considerazione di importanti cambiamenti sociali del presente secolo nei paesi industrializzati, riassumibili nella tendenza dei giovani a completare gli studi, sposarsi, avere figli e rendersi indipendenti dai genitori molto più tardi rispetto ai secoli passati (Crone & Dahl, 2012; Raymo, Park, Xie, & Yeung, 2015). Tutto ciò lascia propendere per un'estensione del periodo adolescenziale fino ai 24-25 anni e per la considerazione del range 10/12-24 anni di età come il più rappresentativo del percorso di crescita adolescenziale (Sawyer et al., 2018). Attualmente, per comprendere appieno la complessità delle manifestazioni del disagio in adolescenza, è consuetudine tra clinici e ricercatori considerare il periodo del ciclo di vita adolescenziale composto da tre fasi: la prima adolescenza (dagli 11 ai 14 anni), la media

adolescenza (dai 15 ai 17 anni) e la tarda adolescenza (18-21/24anni; Herpertz-Dahlmann, Bühren, & Remschmidt, 2013).

2.2. Compiti evolutivi e processi di sviluppo in età adolescenziale

L'adolescenza rappresenta una fase cruciale dello sviluppo dell'essere umano, compresa tra l'infanzia e l'età adulta, durante la quale si verificano importanti cambiamenti a livello del funzionamento sociale, comportamentale e affettivo-motivazionale (Crone & Dahl, 2012; Steinberg, 2008; van Duijvenvoorde, Peters, Braams & Crone, 2016). Durante tale periodo, infatti, avvengono intense trasformazioni fisiche, sessuali, psicologiche e neurobiologiche che, sostenendo l'acquisizione di un'identità più complessa e di un corpo più maturo, consentono l'ingresso nel mondo degli adulti. In tale delicata fase di passaggio si evidenziano processi di sviluppo diversi e particolarmente complessi, come l'avvento della pubertà, le trasformazioni del corpo, le acquisizioni del pensiero astratto operativo-formale (Ammaniti, 2002).

Tra le numerose sfide e compiti che gli adolescenti al giorno d'oggi si trovano ad affrontare attraverso lo sviluppo, rivestono particolare importanza il rapporto col corpo, l'avvicinamento a situazioni ambientali nuove, la formazione di nuove relazioni e l'acquisizione dell'indipendenza dai genitori, con una riorganizzazione del funzionamento familiare globale (Bornstein & Bradley, 2014; Ferguson, Muñoz, Garza, & Galindo, 2014; Paciello, Fida, Cerniglia, Tramontano, & Collie, 2012). In particolare, l'organizzazione psichica dell'adolescente è sottoposta alla pressione pulsionale derivante dalla maturazione corporea, che è particolarmente intensa nella prima e nella media adolescenza (Kestemberg, 1962; Laufer & Laufer, 1984). Inoltre, il distacco psicologico dalle figure genitoriali comporta una fragilità dell'organizzazione dell'Io, che può sfociare in una vera crisi di identità (Ammaniti, Cimino, & Petrocchi, 2005; Erikson, 1982; Marcia, 1980).

Recenti risultati di studi delle neuroscienze cognitive, insieme alle ricerche sullo sviluppo cerebrale degli adolescenti, indicano varie e continue modificazioni nel cervello degli adolescenti, tra cui la diminuzione delle sinapsi, varie trasformazioni a livello di materia grigia e la

riorganizzazione dei modelli neuronali nel sistema limbico (Petanjek et al., 2011). Queste pronunciate variazioni sembrano essere particolarmente importanti in termini di modulazione delle emozioni e dei pensieri (Crone & Dahl, 2012), di risposta agli stimoli e di funzionamento in altre aree del comportamento dell'adolescente (Ernst et al., 2014; Steinberg, 2008). Questi cambiamenti a livello neurobiologico portano nel loro insieme una potenziale flessibilità nel funzionamento globale dell'adolescente, in termini di maggiore conoscenza e maggiore risposta adattiva, ma allo stesso tempo possono non accompagnarsi ad uno sviluppo cognitivo adeguato (Steinberg, 2005), comportando una diminuzione delle abilità di decision-making e di comprensione delle conseguenze delle azioni, con un aumento della vulnerabilità del soggetto alla messa in atto di comportamenti a rischio e condotte problematiche (abuso di sostanze, delinquenza, comportamenti alimentari problematici) (Asfour et al., 2017; Beitchman, 2016; Byrd, Hawes, Loeber, & Pardini, 2016; McMorris, Hemphill, Toumbourou, Catalano, & Patton, 2007).

Dunque, se da un lato, come ogni periodo di intensi cambiamenti, l'adolescenza offre opportunità di sviluppo che possono ampliare le risorse personali e sanare vulnerabilità del passato, questa delicata fase del ciclo di vita può anche esporre l'adolescente a numerosi pericoli e rischi sul piano psicologico e comportamentale (Carbone & Cimino, 2017) e portare al ricorso a modelli e funzioni psicologiche disadattativi, come le problematiche internalizzanti (depressione e disturbi d'ansia, Van Oort, Greaves-Lord, Verhulst, Ormel, & Huizink, 2009) e le forme di alimentazione problematica (diete, alimentazione compensativa, Byrd et al., 2016).

Dal punto di vista delle relazioni, esse assumono maggiore complessità, con l'acquisizione di nuovi e intensi rapporti tra l'adolescente e i pari, nuovi legami interpersonali, con cambiamenti nei ruoli e nelle gerarchie sociali (Dishman, Dowda, McIver, Saunders, & Pate, 2017; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). I processi di acquisizione di nuove responsabilità e di un nuovo ruolo per gli adolescenti si accompagnano ai cambiamenti all'interno del sistema familiare di appartenenza, chiamato ad un continuo processo di riorganizzazione strutturale e funzionale (Anglely, Divney, Magriples, & Kershaw, 2015; Shifflet-Chila, Harold, Fitton, & Ahmedani, 2016). Dal punto di

vista sistemico, il rapporto tra l'adolescente e la famiglia si colloca nella fase dello sviluppo adolescenziale riferita al concetto di ciclo vitale di McGlodrick & Carter (1982), con particolari caratteristiche di crisi e successive riorganizzazioni del sistema-famiglia (Nicolò-Corigliano & Ferraris, 1991). Minuchin (1974) descrive l'adolescenza come momento di transizione in cui si modificano i confini dei sottosistemi genitoriali e dei figli nella direzione di una maggiore partecipazione del figlio al mondo extrafamiliare, con una sostanziale riorganizzazione della relazione coi genitori volta al riconoscimento dello stato di giovane adulto. In termini di compiti di sviluppo, sia l'adolescente che l'intero sistema familiare devono affrontare una serie di cambiamenti che mettono in discussione le relazioni interne alla famiglia e richiedono una nuova articolazione con gli altri sistemi relazionali, tra cui il gruppo dei pari, in una costante dialettica tra individuazione-differenziazione del Sé (Bowen, 1979) dai genitori e appartenenza ad un sistema più ampio (Baldascini, 1997).

2.3. Adolescenza e disturbo alimentare: elementi individuali e relazionali

Per le sopraccitate peculiarità, i ricercatori indicano l'adolescenza come periodo evolutivo a rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari (Cerniglia et al., 2014; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Pearson, Zapolski, & Smith, 2015). Infatti, l'insieme delle dinamiche psicologiche adolescenziali delineate dalla letteratura assume particolare rilevanza nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, in cui il disagio dell'adolescente assume caratteristiche espressive specifiche, che riguardano sia l'ambito delle relazioni, sia la sfera corporea ed il rapporto con le proprie emozioni. Il corpo nei disturbi alimentari diventa sede e veicolo delle emozioni, il luogo di manifestazione di una sofferenza psichica individuale, che origina e si sviluppa anche all'interno di un contesto di relazioni, prime fra tutte quelle con la famiglia di origine.

Poiché l'adolescenza rappresenta un periodo del ciclo di vita caratterizzato dalla progressiva indipendenza dai familiari, può essere particolarmente utile indagare le modalità attraverso cui i fattori familiari forniscono o meno una base per il comportamento dell'adolescente anche in

riferimento alle condotte alimentari. In aggiunta, poichè la maggior parte degli adolescenti durante questa fase del ciclo di vita vive ancora con i propri genitori, la qualità del funzionamento familiare e la relazione genitori-figli rappresentano aspetti molto importanti da valutare in relazione al benessere ed allo sviluppo adattivo dei figli, tenendo in considerazione anche gli specifici aspetti del funzionamento emotivo-comportamentale individuale dell'adolescente.

A tale proposito, oltre agli aspetti familiari problematici, i DCA in adolescenza sono legati anche ad importanti elementi di vulnerabilità individuale, tra cui difficoltà emotive e caratteristiche di personalità di tipo impulsivo. In termini di condizioni psicologiche adolescenziali, la teoria della regolazione degli affetti afferma che le problematiche emotive in adolescenti femmine possono aumentare la probabilità di soffrire di un disturbo alimentare (Lask & Bryan-Waugh, 2013) e di manifestare affetti ed emozioni negative, con difficoltà nella regolazione delle emozioni e nel riconoscimento e descrizione dei sentimenti (Nowakowski, McFarlane, & Cassin, 2013). Le problematiche emotive in femmine adolescenti con disturbi alimentari si associano anche ai tratti della personalità di tipo ossessivo-compulsivo, al perfezionismo ed all'impulsività (Thompson-Brenner, Eddy, Satir, Boisseau, & Westen, 2008). Una delle caratteristiche rilevanti del disturbo alimentare è il bisogno dell'adolescente di tenere sotto controllo le emozioni tramite il corpo e il regime alimentare a cui esso è sottoposto, secondo due direzioni opposte di esasperazione del controllo (tipica dell'area ossessiva nel funzionamento dell'Anoressia Nervosa) e di perdita di controllo (tipicamente osservata nella Bulimia Nervosa e nel Binge Eating Disorder) (Loriedo, Costa, Carrus, Stefani, & Bianchi, 2007). In questo quadro il ricorso a comportamenti alimentari disfunzionali, come le diete, le condotte eliminatorie o compensative, rappresenta una strategia specifica nei pazienti con DCA per affrontare o evitare le emozioni negative (Cooper, 2005; Dingemans, Danner, Parks, 2017; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Ioannou, & Fox, 2009; Lattimore et al., 2017)

Tra i fattori individuali legati alle emozioni ampiamente indagato dalla letteratura dei disturbi alimentari, l'alessitimia, definita come difficoltà a identificare e descrivere gli stati emotivi (Taylor,

1994), riveste un ruolo rilevante. Fin dalle prime osservazioni di Bruch (1978) sulla difficoltà delle pazienti anoressiche nel rapporto con le emozioni, è stato rilevato che i soggetti alessitimici mostrano difficoltà nell'identificare e comunicare i propri sentimenti (Sifneos, 1973) e che l'alessitimia si associa ai disturbi alimentari (Rastam, Gillberg, Gillberg & Johansson, 1997). Inoltre, i pazienti con diagnosi di DCA presentano elevati livelli di alessitimia in confronto ai soggetti senza diagnosi (Cochrane, Brewerton, & Hodges, 1993; Karukivi et al., 2010). Gli studi sull'impulsività nel disturbo alimentare sono in aumento, anche se attualmente le varie dimensioni dell'impulsività non sono state studiate in maniera specifica ed estensiva nei disturbi alimentari (Bardone-Cone, Butler, Balk, & Koller, 2016). L'impulsività risulta una caratteristica associata alla patologia alimentare di tipo bulimico (Engel et al., 2005) e recenti studi hanno riscontrato difficoltà nell'identificare e descrivere le emozioni (Karukivi et al., 2010) e elevati livelli di impulsività (Manasse et al., 2016) in soggetti con diagnosi di Binge Eating Disorder. Infine, nei casi di soggetti con anoressia nervosa è stata riscontrata un'associazione tra il sottotipo binge-eating/purging e elevati livelli di impulsività (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2005; Favaro et al., 2005).

CAPITOLO 3: BACKGROUND TEORICO E LINEE DI RICERCA SUI DCA IN ADOLESCENZA

3.1. Differenti vie di ingresso al tema dei DCA in adolescenza

L'area dei disturbi del comportamento alimentare ha ricevuto diversi contributi teorici e di ricerca. Molti studi e ricerche si sono infatti occupati nel corso del tempo del tema dei DCA in adolescenza, approfondendo la patologia secondo vari approcci, tra cui i modelli psicodinamici originari (Bruch, 1977; 1987; Freud, 1905; Kestemberg, Kestemberg, & Decobert, 1974) e più attuali (Luborsky, Crits-Christop, Mintz, & Auerbach, 1988; Novelletto, 1986), i modelli ispirati all'Infant Research (Ammaniti, 2001; Dazzi & Speranza, 2005; Sameroff & Emde, 1989; Sander, 1989), i modelli cognitivi (Dalle Grave, 2003; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Garner & Bemis, 1982) e i

modelli neurobiologici (Kaye, Wagner, Fudge, & Paulus, 2010; Walsh & Devlin, 1998), ciascuno con proprie e differenti ipotesi eziopatogenetiche e implicazioni per la ricerca e per la clinica (Cohn et al., 1987; Lask & Bryant-Waugh, 2013).

Tali orientamenti teorici sono accomunati da un focus maggiormente orientato su elementi intrapsicologici o manifesti del disturbo alimentare e poco spazio è riservato all'aspetto strettamente relazionale, di cui si sono invece ampiamente occupati le teorie di tipo sistemico-relazionale (Minuchin et al., 1975; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1998). Solo recentemente, inoltre, le riflessioni teoriche e i contributi di ricerca hanno iniziato a convergere verso modelli multifattoriali integrati, in cui assume sempre più rilievo il ruolo delle relazioni (Ciao, Accurso, Fitzsimmons-Craft, Lock, & Le Grange 2015; Cimino, Cerniglia, Paciello, & Sinesi, 2013). In particolare, se è vero che la comparsa dei disturbi alimentari nel genere femminile nella prima adolescenza sembra essere legata sia alla vulnerabilità individuale che all'influenza familiare (Levine & Smolak, 2013), il mondo scientifico riconosce sempre maggiore importanza ad alcuni aspetti relazionali, tra cui il funzionamento familiare e le caratteristiche e qualità delle relazioni tra membri della famiglia (Amianto, Abbate-Daga, Morando, Sobrero, & Fassino, 2011; Berge et al., 2014; Doba & Nandrino, 2010; Holtom-Viesel & Allan, 2014; Olson, 1988; Langdon-Daly & Serpell, 2017; Tambelli, Cimino, Cerniglia, & Ballarotto, 2015).

Nell'indagine sulla rilevanza delle relazioni familiari nei disturbi alimentari in adolescenza assumono particolare utilità la teoria dei sistemi familiari (Bateson & Longo, 1988; Bowen, 1979; Hoffman, 1985) e l'approccio sistemico-relazionale (Ackerman, 1971; Bowen, 1979; Haley, 1970; Minuchin et al., 1978; Selvini Palazzoli & Viaro, 1988).

3.2. La teoria dei sistemi familiari

La teoria dei sistemi familiari (Bowen, 1979; Hoffman, 1985), creata a partire dalle teoria generale dei sistemi o teoria sistemica (von Bertalanffy, 1950) applicata allo studio dei problemi umani, concettualizza la famiglia come sistema, ossia come gruppo di soggetti interconnessi tra loro, le cui

interazioni costituiscono una realtà “terza” che non corrisponde alla semplice somma delle parti (principio di non sommatività). Tale modello di lettura del sistema-famiglia indica che il comportamento di un individuo può essere compreso solamente in riferimento al contesto familiare e quindi alla relazione che il soggetto stabilisce con gli altri membri della famiglia, in particolare con i genitori. Inoltre, secondo i teorici dei sistemi familiari, all'interno della famiglia ciascun individuo svolge un preciso ruolo preciso agli altri membri e rispetto alla famiglia nel suo complesso (Bowen, 1979). L'assunto centrale della teoria sistemica è che le interdipendenze tra le relazioni dei familiari sono governate dai legami e dalle regole implicite per l'accesso alle risorse, ai materiali ed al supporto nella famiglia (Bowen, 1979; Minuchin et al., 1980). Ne consegue che la struttura familiare può influenzare nel tempo il comportamento a livello individuale.

A partire da queste concettualizzazioni, dal punto di vista della ricerca e dell'intervento clinico sulle relazioni familiari, l'oggetto di studio si sposta dal singolo individuo, o dalla relazione diadica madre-figlio/a, all'intero sistema di interazioni in cui vivono i componenti del nucleo familiare, all'interno del quale può svilupparsi un comportamento sintomatico (Minuchin et al., 1980). Le indagini sulla famiglia così orientate mostrano come non sono tanto le caratteristiche e o gli aspetti comportamentali individuali a spiegare lo sviluppo adattivo o problematico dei membri, bensì l'interazione dinamica tra tutti gli appartenenti alla famiglia e il ruolo che ciascun soggetto svolge nei confronti degli altri (Costa & Loriedo, 2007). In particolare, mentre le prime teorizzazioni e ricerche cliniche sulle famiglie cliniche svolte negli anni 40 e 50 del novecento hanno posto l'accento sugli aspetti emotivi e sulla questione se vi fosse o meno affetto dei genitori nei confronti dei figli (attribuendo quindi importanza soprattutto a supposti singoli errori nell'atteggiamento materno o a ipotetici traumi emozionali), gli studi più recenti hanno spostato l'accento sulla definizione delle forze in atto tra i membri della famiglia che incoraggiano o ostacolano lo sviluppo del bambino (Catapano, Meroni, Costa, Alliani, & Loriedo, 2005; Cerniglia, Cimino, & Ballarotto, 2014). Tale nuova prospettiva chiarisce non tanto il ruolo di singoli tratti comportamentali dei genitori nello sviluppo dei figli, quanto l'insieme relativo alle molteplici funzioni della famiglia, al

suo funzionamento interno e al modo in cui i membri interagiscono reciprocamente (Langdon-Daly & Serpell, 2017; Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010).

Attraverso la metafora del confine, che indica l'invisibile insieme di aspettative che determina il comportamento di ogni membro all'interno del sistema familiare (Minuchin, 1974), la teoria dei sistemi familiari identifica tre principali profili relativi alle interazioni familiari, che possono essere caratterizzati da coesione, disimpegno e invischiamento (*ibidem*). Le famiglie coese sono ben definite, mostrano confini permeabili tra i membri delle famiglie che permettono ai figli di accedere alle risorse affettive (calore e supporto) senza compromettere l'autonomia relazionale degli altri. Le famiglie disimpegnate, al contrario, presentano confini rigidi, con relazioni caratterizzate da freddezza, indifferenza, assenza di supporto e ritiro emotivo. Infine, le famiglie invischiare presentano confini diffusi, con conseguente eccessivo coinvolgimento tra i componenti, minore distanza e difficoltà ad accedere alle risorse necessarie per adattarsi al cambiamento.

Alla luce di tale concettualizzazione del sistema familiare, le relazioni tra i membri di una famiglia rivestono un ruolo ancor più cruciale nel contesto di interazioni in cui si sviluppa l'adolescente (Andolfi & Mascellani, 2010). Infatti, in un periodo del ciclo vitale della famiglia particolarmente delicato come quello dell'adolescenza, le relazioni familiari, in particolare tra i genitori ed i figli, possono assumere notevole influenza su diversi aspetti della vita quotidiana, tra cui ricadono in maniera rilevante anche il rapporto col peso e le abitudini alimentari dei figli.

In riferimento ai disturbi del comportamento alimentare, la teoria dei sistemi familiari individua nelle relazioni tra i membri della famiglia l'elemento in grado di rivestire un ruolo cruciale nella genesi e nel mantenimento della patologia alimentare (Bowman 2000; Leung, Thomas, & Waller, 2000). Tra i diversi modelli di interazioni familiari oggetto di interesse crescente da parte di studiosi e clinici per lo sviluppo di specifiche teorie e terapie legate ai DCA si evidenzia l'approccio sistemico-relazionale.

3.3. Il paradigma sistemico relazionale e i DCA

Nel quadro del modello teorico della terapia familiare, i due filoni rappresentati dalle teorie sistemico-relazionali (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980; Selvini et al., 1998) e dal modello psicosomatico o strutturale (Minuchin et al., 1978) enfatizzano le modalità transazionali delle famiglie con problematiche riferendole principalmente ai rapporti tra il sottosistema dei figli e quello dei genitori. In particolare, la lunga tradizione di ricerca sui disturbi del comportamento alimentare nell'ambito sistemico, iniziata più di cinquanta anni fa con le osservazioni cliniche pioneristiche degli esponenti della scuola di Milano (Boscolo & Cecchin, 1988; Selvini Palazzoli, 1963; Selvini Palazzoli et al., 1975; Selvini Palazzoli & Viaro, 1988), evidenzia in maniera dettagliata la relazione tra gli aspetti psicopatologici dell'alimentazione e le dinamiche familiari del paziente.

Storicamente, le dinamiche familiari negative sono state indicate come elemento chiave nello sviluppo e mantenimento del disturbo alimentare, con iniziale attenzione all'anoressia nervosa (Minuchin et al., 1978; Selvini Palazzoli, 1985). L'approccio sistemico postula che certi tipi di organizzazioni familiari siano strettamente correlati allo sviluppo ed al mantenimento dei problemi nei figli. In particolare, nell'approfondire il tema delle disfunzioni nel funzionamento familiari che contribuiscono all'insorgere della patologia alimentare, le prime concettualizzazioni sistemiche dell'anoressia nervosa in adolescenza proposte dai modelli delle famiglie psicosomatiche (Minuchin et al., 1978) o anoressogeniche (Selvini Palazzoli, 1985) suggeriscono che all'origine del disturbo vi siano specifici pattern di interazione familiare e alterazioni nelle relazioni che sarebbero determinanti anche nel mantenimento e nello sviluppo della malattia. Tali modelli originano essenzialmente da osservazioni cliniche e convergono su una descrizione univoca delle famiglie anoressiche come tipicamente rigide, unite e dedite all'auto-sacrificio ed alla lealtà verso i suoi componenti (Stierlin & Weber, 1989).

Mara Selvini Palazzoli, già nel 1963 e nel 1988 (Selvini Palazzoli, 1963; Selvini Palazzoli & Viaro, 1988), indirizza l'attenzione sugli stili e sulle caratteristiche della coppia genitoriale, che

assumono un ruolo fondamentale nella genesi e nel mantenimento dell'anoressia nervosa. L'autrice descrive un'organizzazione familiare caratterizzata da una madre invadente, intollerante e ipercritica e da un padre spesso brillante e sicuro all'esterno, ma assente in famiglia. In questo tipo di ambiente, dove non esiste una reale comprensione emotiva, la paziente esprime il suo disagio attraverso un comportamento alimentare abnorme e provocatorio, che se da un lato le consente di ottenere una forma di controllo e autoaffermazione nella relazione coi familiari, dall'altro la conduce a un'ulteriore conferma della sua posizione di dipendenza e solitudine (Malagoli Togliatti & Telfener, 1991). Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1988), inoltre, prende in considerazione gli stili comunicativi e i modelli interattivi delle famiglie con figlie anoressiche, notando come ogni diversità tra i singoli membri venga azzerata, attraverso una costante opera di ridefinizione delle emozioni dall'esterno, che non vengono solamente negate, bensì disconfermate. Secondo queste configurazioni relazionali, ciascun membro della famiglia non fa qualcosa perché lo desidera, bensì agisce in rapporto alle esigenze altrui e per il bene di qualcun altro. L'autrice parla di "matrimonio a tre" dove ogni membro è come sposato con due persone: il padre con la madre e la figlia, la figlia con il padre e la madre. Tutto ciò non permetterà alla figlia di acquisire una vera indipendenza e di vivere una vita autonoma (Selvini Palazzoli et al., 1988).

Negli stessi anni degli studi degli esponenti della Scuola di Milano, Minuchin (Minuchin et al., 1978) introduce il ruolo della famiglia nei disturbi del comportamento alimentare concettualizzando un nuovo modello dell'Anoressia Nervosa, denominato "Famiglia psicosomatica". L'autore parla dell'anoressia come sindrome psicosomatica, caratterizzata da sintomi sia di natura fisica che psichica, che si sviluppa in certi contesti organizzativi familiari. La figlia che soffre di Anoressia Nervosa è portatrice di un malessere non solo personale, ma anche familiare e, in senso più ampio, sociale. I sintomi giocano un ruolo importante nel mantenimento dell'omeostasi familiare, poiché da un lato rappresentano una protesta della figlia contro il sistema familiare, configurandosi come tentativo di rottura di uno *status-quo* e di pseudo-individuazione, ma da un altro finiscono per mantenere la figlia in una condizione di dipendenza dai genitori e quindi di impossibilità del

cambiamento (Minuchin et al., 1978). In tale contesto i DCA sono visti come parte e risultato di un pattern patologico di interazione tra soggetto e famiglia, in cui risulta sintomatico non il singolo individuo, ma lo stesso sistema, denominato appunto famiglia psicosomatica (Minuchin et al., 1980; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971).

Nel tempo, tra gli studiosi della famiglia, sono state ulteriormente sottolineate le particolarità della struttura familiare delle famiglie con disturbi del comportamento alimentare (Minuchin & Fishman, 1979). Minuchin (Minuchin et al., 1978), nello sviluppare il modello della famiglia di tipo strutturale identifica cinque note caratteristiche predominanti delle interazioni familiari che scatenano (triggers) e mantengono la sintomatologia/somatizzazione nei figli: invischiamento (elevata coesione tra membri della famiglia ed eccessiva intensità nelle interazioni familiari, bassi livelli di indipendenza); iper-protezione (elevata preoccupazione di ciascun membro per il benessere dell'altro); rigidità (tendenza a mantenere lo *status quo*); evitamento del conflitto; coinvolgimento del figlio sintomatico nei conflitti genitoriali tramite triangolazioni e/ deviazioni. Tale modello di funzionamento interno familiare, delineato secondo un approccio transazionale, puntualizza il ruolo svolto dalle caratteristiche e dalle interazioni dei membri della famiglia dell'adolescente nel predire la comparsa del disturbo alimentare nel tempo, arrivando ad influenzare profondamente la visione della patologia alimentare degli adolescenti e giovani adulti. Da queste prime concettualizzazioni sistemiche sull'anoressia nervosa come disturbo psicosomatico, caratterizzato da patterns di interazione familiare alterati, è derivata l'ideazione, per un miglioramento delle condizioni del paziente, di una nuova forma di terapia familiare volta alla modifica della struttura familiare alterata e dei processi familiari disfunzionali all'origine della condizione in cui si trovano i figli malati (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981). Tali modelli di terapia, che sostanzialmente leggono il comportamento del paziente inserendolo nel contesto familiare, e altri da esso derivati (Loriedo, Costa, Carrus, Stefani, & Bianchi, 2007; Stierlin & Weber, 1989; Vandereycken & Vanderlinden, 1989) hanno influenzato notevolmente le modalità con cui comprendere ed affrontare la sintomatologia anoressica.

3.4. La ricerca sui processi familiari nel disturbo alimentare: lo stato dell'arte delle evidenze empiriche

Le descrizioni dei clinici e dei pionieri della terapia familiare hanno individuato nel tempo un fenomeno rappresentativo di un modello generale che caratterizza il gruppo dei DCA. Ma mentre le prime teorizzazioni in ambito sistemico erano sostanzialmente basate sulle osservazioni cliniche soggettive e di fatto non empiricamente fondate (Dare, Le Grange, Eisler & Rutherford, 1994), le ricerche avviate nel corso dei successivi decenni hanno indagato in maniera più sistematica le relazioni nelle famiglie con disturbo alimentare, soffermandosi in particolare sulle differenze nelle interazioni familiari tra le famiglie con figli con DCA e le famiglie con figli senza diagnosi di DCA, e sulla presenza di specifici pattern interattivi familiari legati alle diverse tipologie di DCA (Casper & Troiani, 2001; Gillett, Harper, Larson, Berrett, & Hardman, 2009; Sim et al., 2009).

Holtom-Viesel & Allan (2014) hanno svolto una review sugli studi sulle relazioni familiari nei DCA, i cui risultati restituiscono un quadro complesso del funzionamento delle famiglie con questo tipo di patologia, difficilmente delineabile in maniera univoca. Per quanto riguarda le differenze nel funzionamento familiare tra le famiglie con disturbo alimentare e le famiglie non cliniche, se si considera il funzionamento familiare in generale, quello riferito nei gruppi clinici è peggiore rispetto ai gruppi di controllo (Casper & Troiani, 2001; Emanuelli et al., 2004; Mcdermott, Batik, Roberts, & Gibbon, 2002). Al contrario, quando sono considerate le diverse componenti del funzionamento familiare, come la coinvolgimento affettivo, la comunicazione, l'organizzazione, i risultati sono variabili e in alcuni casi contraddittori (Cook-Darzens et al., 2005; Kog & Vandereycken, 1989). Ad esempio, riguardo il conflitto, alcuni studi riferiscono elevati livelli di conflitto in campioni clinici (Shisslak, McKeon, & Crago, 1990; Stern et al., 1989), altri indicano assenza di differenze significative tra gruppi clinici e gruppi di controllo, altri ancora evidenziano livelli più bassi di conflitto in campioni clinici (Kog & Vandereycken, 1989). Nell'insieme, risulta che le famiglie con membri con disturbo alimentare riferiscono un peggiore funzionamento familiare rispetto alle famiglie di controllo, ma non sarebbero riscontrabili evidenze empiriche di un

pattern specifico disfunzionale a carico delle famiglie con DCA, anche in riferimento alle diverse categorie diagnostiche dei DCA (Holtom-Viesel & Allan, 2014).

In riferimento alla valutazione del funzionamento familiare tra le diverse categorie diagnostiche dei disturbi alimentari, alcuni studi non hanno evidenziato differenze significative tra le categorie diagnostiche (Gillette et al., 2009; Szabo, Goldin, & Le Grange, 1999). Altri studi hanno riscontrato differenze significative tra le tipologie di disturbi alimentari in relazione a diversi elementi del funzionamento familiare: ad esempio, la coesione e l'orientamento al successo sono stati riscontrati peggiori nelle famiglie con anoressia, rispetto alle famiglie bulimiche (Kog, & Vandereycken, 1989; Stern et al., 1989). Ancora, altre evidenze empiriche provenienti da studi basati sulle ipotesi dei pionieri della terapia familiare evidenziano che le famiglie con disturbo alimentare possono mostrare eccessiva coesione e poca flessibilità, con profonda mancanza di espressività emotionale (Wooldridge & Lytle, 2012). In aggiunta, studi recenti confermano da una parte le osservazioni cliniche dei terapeuti familiari, evidenziando che genitori e figlie adolescenti con disturbi alimentari mostrano interazioni conflittuali, caratterizzate da poca reciprocità e armonia emotiva (Zucker, Moskovich, Vinson, & Watson, 2013). Tali patterns interattivi risultano coerenti con le recenti evidenze empiriche sulla scarsa qualità delle interazioni durante l'infanzia dei figli (Cerniglia et al., 2014; Paciello et al., 2013). Hayaki (2009), a tal proposito, evidenzia che l'intrusività genitoriale e/o il ritiro negli scambi coi figli nei primi 5 anni di vita possono facilitare la comparsa di disturbi alimentari delle figlie durante l'adolescenza, in particolare quando i genitori hanno vissuto eventi traumatici e abusi fisici e psicologici nella loro vita (Cerniglia et al., 2014).

Dall'insieme dei contributi scientifici considerati emerge che alcuni risultati degli studi sulle famiglie con membri con DCA supportano la nozione della famiglia psicosomatica descritta da Minuchin come invischiata, iper-protettiva, rigida, evitante il conflitto e con scarsa capacità di risoluzione delle problematiche. Tuttavia dall'insieme delle ricerche non emergono dati sostanziali a supporto di un modello empirico delle famiglie psicosomatiche, così come concettualizzato dai pionieri della terapia familiare (Minuchin et al., 1978; Selvini Palazzoli, 1985). Di conseguenza,

non essendo presenti in letteratura riscontri empirici chiari e univoci del modello teorizzato, non è possibile identificare con certezza né la struttura familiare né soprattutto i patterns disfunzionali tipici per le popolazioni dei diversi disturbi alimentari. A sostegno della difficoltà a confermare empiricamente le teorie dei pionieri della terapia familiare, alcuni studi evidenziano che anche pazienti con diagnosi psichiatriche differenti dal DCA, come il disturbo ossessivo compulsivo (Erol, Yazici, & Toprak, 2007) e il disturbo d'ansia (Woodside, Swinson, Kuch, & Heinmaa, 1996), ed i loro familiari, riferiscono un funzionamento familiare problematico, che non può quindi essere indicato come caratteristica peculiare del disturbo alimentare (Ciao et al., 2015). Inoltre, la letteratura non presenta evidenze di patterns di interazioni familiari costantemente associati alle specifiche diagnosi di DCA, tali che si possa suggerire ad esempio che le famiglie con un figlio con diagnosi di anoressia mostrino maggiore livello di invischiamento rispetto alle famiglie con figli con bulimia (Dare et al., 1994). Infine, ancora non si raffigurano chiari modelli di interazioni familiari legati alla presenza di un disturbo alimentare: ad esempio la ricerca non supporta l'evidenza che tutte le famiglie con figli con DCA hanno livelli più elevati di invischiamento e conflitto rispetto alle famiglie senza diagnosi (Cook-Darzensens et al., 2005; Dare et al., 1994).

In conclusione, anche se numerose ricerche hanno evidenziato l'associazione tra il contesto familiare e i disturbi alimentari, non è possibile asserire che l'ambiente familiare causi la patologia alimentare. In linea con i suggerimenti provenienti dalle teorie della complessità (Morin, 1983; von Bertalanffy, 1950) e dalla *Developmental Psychopathology* (Sroufe & Rutter, 1984), l'eziopatogenesi della patologia alimentare, che comprende tutte i tre sottotipi classificati nel DSM V (APA, 2013), è da ritenersi multifattoriale, legata a fattori genetici, psicologici, neuroendocrini, socioculturali e familiari (Garfinkel & Garner, 1982; Zipfel, Lowe, Herzog, 2006). Riferendosi dunque al funzionamento umano attraverso una chiave di lettura di complessità e multideterminazione, non essendo possibile indicare i fattori familiari come elementi causali del disturbo alimentare a sé stanti, nell'indagine dello sviluppo del comportamento alimentare

patologico risulta essenziale la considerazione del contributo dei diversi fattori di vulnerabilità, individuale e ambientale (Sroufe & Rutter, 1984).

3.5. Il ruolo della famiglia nei DCA

Alla luce della variabilità dei risultati provenienti dagli studi e dalle ricerche sui DCA, il panorama scientifico internazionale attuale rifiuta l'idea che la famiglia rappresenti l'unica causa in termini eziologici o il principale fattore di rischio del disturbo alimentare (Le Grange et al., 2010; Schmidt & Treasure, 2006). In particolare, l'Academy for Eating Disorders [AED], l'organizzazione internazionale per la ricerca e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, ha dichiarato la propria posizione di rifiuto di qualsiasi interpretazione unilaterale dei disturbi del comportamento alimentare che indichi i meccanismi familiari come causa principale dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa (Le Grange et al., 2010). Secondo tale posizione, ogni modello generalizzato del disturbo alimentare che include la famiglia come causa primaria è da condannare, poiché comporta l'inevitabile biasimo dei genitori per la malattia dei propri figli. Tali dichiarazioni sono inoltre in linea con quanto indicato dall'AED nel World Wide Charter for Action on Eating Disorders (AED, 2008), il documento redatto a supporto delle persone con disturbi alimentari e dei loro familiari, contenente una serie di diritti e previsioni per la cura e l'assistenza.

Le teorizzazioni sempliciste e riduttive sul disturbo alimentare, basate sul concetto di ruolo causale familiare e non supportate da evidenze empiriche certe, risultano attualmente ancora in circolazione in ambiti non strettamente scientifici (Le Grange et al., 2010) e si spingono ad asserire che particolari stili di interazione tra i componenti della famiglia rivestono un ruolo preciso nello sviluppo e nel mantenimento del comportamento alimentare alterato. Una conseguenza della lettura della famiglia in questi termini è la riattualizzazione delle concezioni della figura di madre "schizofrenogena" (Fromm-Reichmann, 1948), una donna fredda e dominante che stabilisce una relazione ambivalente e iperprotettiva col figlio. Similmente, alcuni specifici comportamenti genitoriali e/o pattern familiari possano risultare "anoressogeni" (Selvini Palazzoli, 1985).

La tendenza a considerare le dinamiche disfunzionali familiari come elemento causale centrale dell'Anoressia Nervosa può portare a non considerare anche ipotesi alternative/integrative, come ad esempio la possibilità che il disturbo alimentare causi una forte alterazione e distress nei processi familiari (Le Grange et al., 2010; Sim et al., 2009). A tale proposito, alcune ricerche che coinvolgono le famiglie che accudiscono un figlio cronicamente malato indicano che l'occuparsi di un membro familiare con disturbo alimentare comporta un carico emotivo e fisico rilevante per le famiglie, impattando in maniera significativa sul benessere dei caregivers (Perkins, Winn, Murray, Murphy, & Schmidt, 2004; Treasure et al., 2001). Ancora, Sim e colleghi (2009), in uno studio condotto per indagare l'influenza del prendersi cura di un figlio adolescente con disturbo alimentare sulle relazioni familiari, hanno evidenziato che lo stress materno e le dinamiche familiari disfunzionali, in termini di conflitti, bassa coesione tra membri, ridotto senso di competenza genitoriale, rifletterebero una sorta di processo di adattamento nelle famiglie che si occupano di un figlio con anoressia nervosa. Infine, Whitney & Eisler (2005), in un'indagine sulla presa in carico di un familiare con problemi alimentari, hanno evidenziato che le famiglie con disturbo alimentare restano intrappolate in meccanismi di interazione poco efficaci e perdono di vista i propri punti di forza e le risorse possedute. Sebbene la tipologia cross-sectional di queste ricerche precluda la possibilità di stabilire conclusioni di tipo causale, le stesse permettono comunque di considerare l'alterazione nel funzionamento familiare e lo stress emotivo come fattori secondari alla natura della patologia piuttosto che fattori implicati nella sua genesi (Sim et al., 2009). Tali evidenze assumono rilevante implicazione nel trattamento del disturbo alimentare, per il quale il coinvolgimento della famiglia, spesso biasimata per la malattia dei figli, rappresenta un elemento da tenere sempre in grande considerazione (Le Grange et al, 2010).

Progressivamente, i clinici e i terapeuti della famiglia, mantenendo distanza dai modelli che indicano le dinamiche familiari come componente causale centrale del disturbo alimentare, hanno posto maggiore enfasi sul potenziale ruolo di risorsa che la famiglia può rivestire nel percorso del trattamento della patologia (Treasure et al., 2001). Secondo le linee guida dei trattamenti in età

pediatrica, i genitori, piuttosto che colpevoli, vanno individuati come elemento da coinvolgere nella terapia familiare, che oggi è mirata non tanto a modificare la struttura della famiglia, quanto a favorire la comunicazione emotiva tra i membri, a riconoscere talune rigidità comportamentali associate al disturbo, e a supportare i familiari nello sviluppo di abilità di negoziazione delle differenze e di dialogo (Treasure et al., 2001). L'American Psychiatric Association (APA, 2010) raccomanda il coinvolgimento della famiglia nelle linee guida per il trattamento dei disturbi alimentari come elemento essenziale per la valutazione iniziale del disturbo e, in linea con questi suggerimenti, il National Institute for Health and Care Excellence (2004) indica la terapia familiare come modalità di intervento da prediligere insieme alla terapia medica per il trattamento dei bambini e adolescenti con DCA.

La terapia familiare è oggi riconosciuta tra le più efficaci tipologie di trattamento per la patologia alimentare in adolescenti, in particolar modo nei casi di anoressia nervosa, ma il fatto che i terapeuti familiari siano guidati da modelli conflittuali del funzionamento familiare in parte ancorati alla nozione di famiglia come causa della malattia dei figli che necessita di supporto/intervento, richiede una chiarezza nella prospettiva da assumere per il trattamento (Le Grange et al., 2010). In questo senso, poiché gli esiti provenienti dalle ricerche che non confermano la presenza di specifici pattern familiari per le patologie alimentari, ma piuttosto indicano un trend unico nelle relazioni familiari (distanza flessibile, area di insoddisfazione e stress), viene suggerito ai terapeuti familiari di adottare un punto di vista del funzionamento familiare più flessibile, adattando gli interventi terapeutici allo specifico stile e livello di funzionamento di ogni famiglia, piuttosto che ad un ideale modello di disfunzione familiare (Anastasiadou et al., 2016; APA, 2010; Le Grange et al., 2010).

Il ruolo della famiglia nel disturbo alimentare dovrebbe quindi essere tenuto in considerazione non solo nelle fasi valutative, ma anche in riferimento al coinvolgimento dei genitori nella terapia familiare e in altre forme di trattamento del disturbo. I genitori sono considerati informatori chiave nella valutazione dei disturbi alimentari in bambini e adolescenti, soprattutto nelle fasi iniziali in cui sono presenti la negazione e la minimizzazione del sintomo da parte dei figli (Marcon, Girz, Stillar,

Tessier, & Lafrance, 2017). Inoltre, studi sulla psicoterapia familiare hanno evidenziato che la partecipazione dei genitori risulta particolarmente utile nel ridurre la sintomatologia psicologica e la morbilità medica, in particolare con pazienti giovani con disturbo di breve durata (Eisler, Dare, & Russell, 1999; Lock, Couturier, & Agras, 2006).

3.6. Il funzionamento familiare: nuovi scenari per la ricerca

Gli approcci contemporanei ai disturbi alimentari in età evolutiva si sono progressivamente allontanati dalla considerazione della famiglia come unica causa della patologia dei figli, ma le interazioni familiari continuano a rappresentare una variabile rilevante per la comprensione del disturbo e per la predisposizione di interventi terapeutici personalizzati (APA, 2006; Le Grange & Eisler, 2009). Più recentemente, il focus della ricerca nell'area del funzionamento familiare si è spostato dal ruolo causale e patogenetico dei fattori familiari all'indagine sul ruolo di mantenimento o di facilitazione nei disturbi alimentari (Holtom-Viesel & Allan, 2014). E' opinione condivisa che l'ambiente familiare riveste un ruolo importante nell'ambito dell'alimentazione dei figli, in particolare in termini di organizzazione delle attività fisiche e di gestione dei comportamenti legati al benessere o al controllo del peso, come le diete e le alimentazioni restrittive (Lau et al., 2015). Molti studi e ricerche si sono focalizzati sulle modalità con cui le diete e le altre attività legate al comportamento genitoriale (come le abitudini alimentari quotidiane, il supporto per comportamenti salutari, gli stili genitoriali) possano influenzare il peso e i comportamenti a esso legato nei figli (Berge, Wall, Loth & Neumark-Sztainer, 2010; Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow, & Neumark-Sztainer, 2014). Insieme al comportamento genitoriale, la ricerca evidenzia che il funzionamento familiare generale si lega al benessere dei figli adolescenti (Henry, Robinson, Neal, & Huey, 2006). Allo stesso tempo, però, studi limitati hanno indagato l'influenza dei fattori familiari quali il funzionamento familiare o la qualità della relazione adolescente-genitori, sul comportamento problematico e sulla patologia alimentare nei figli (Haines et al., 2016). Se, come visto, gli studi sistemici hanno clinicamente sottolineato già da tempo il ruolo della famiglia nel disturbo del

comportamento alimentare in adolescenza, solo recentemente, in particolare grazie agli studi di Olson e collaboratori (Olson, Sprenkle, & Russell, 1979; Olson, 1988; 2000; 2011; Gorall & Olson, 1995; Olson, & Gorall, 2006), nasce un approccio empirico al tema del funzionamento familiare, che cerca di operationalizzare i concetti già conosciuti nella clinica. Negli ultimi anni, in particolare, la ricerca empirica in ambito sistemico-relazionale ha cercato di approfondire ulteriormente il funzionamento familiare come possibile variabile di insorgenza e mantenimento del disturbo (Trasarti Sponti, Stefani, & Loriedo, 2007; Visani, Orrù, Zullo, & Loriedo, 2014).

Olson (1988; 2000; 2011), con il suo Modello Circonflesso dei Sistemi Coniugali e Familiari offre un prezioso contributo allo studio del funzionamento familiare. Il modello ha come cornice di riferimento lo schema del Ciclo Vitale di Mc Goldrick e Carter (1982), secondo il quale la famiglia, che rappresenta l'unità base per lo sviluppo emozionale dei propri membri, attraversa diverse fasi di sviluppo in cui almeno tre generazioni (genitori figli e nonni) si trovano a cambiare contemporaneamente, adattandosi alle trasformazioni del ciclo di vita. Il modello di sviluppo normale si svolge su due assi, quello verticale (riguarda la trasmissione dei modelli di relazione e di funzionamento di generazione in generazione e comprende tutti quegli atteggiamenti, tabù, aspettative, credenze e pregiudizi all'interno dei quali l'individuo cresce e viene educato) e quello orizzontale (indica i movimenti di tensione prodotti dagli stress della famiglia nel momento in cui essa deve affrontare cambiamenti e transizioni del ciclo di vita familiare nel tempo).

Il modello circonflesso di Olson (1988; 2000; 2011) è tra i più utilizzati a livello internazionale per la valutazione del funzionamento familiare. E' particolarmente utile per spiegare i modelli relazionali che caratterizzano le diverse strutture familiari. Tale modello analizza il funzionamento della famiglia (così come esso è percepito dai membri del sistema) e si basa sulle tre dimensioni di coesione, adattabilità e comunicazione. La principale ipotesi del modello è che le famiglie con un funzionamento normale sono bilanciate, ossia presentano livelli bilanciati in termini di coesione e flessibilità, mentre livelli non bilanciati di coesione e adattabilità (da molto basso a molto alto) sono associabili a un funzionamento familiare problematico. In accordo con il modello, Olson e

collaboratori hanno sviluppato il Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES), uno strumento self report, carta e matita, per la valutazione del funzionamento familiare. La versione IV del FACES (Olson 2011) è il questionario utilizzato nelle ricerche odierne per valutare le dimensioni principali del modello circonflesso.

Il funzionamento familiare rappresenta un fenomeno complesso relativo alle proprietà di tipo strutturale e organizzative di un gruppo familiare ed ai patterns di interazioni tra i membri del gruppo (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Più precisamente, il funzionamento familiare indica la modalità con cui le famiglie affrontano le routine quotidiane, distribuiscono i ruoli tra i membri, comunicano le emozioni (Rhee, 2008). Il funzionamento familiare è definito come “le interazioni dei membri della famiglia a livello fisico, emotivo e psicologico” (Commonwealth of Kentucky, 2001) e “il processo attraverso cui la famiglia agisce come un insieme, che include la comunicazione e la manipolazione dell’ambiente per la risoluzione dei problemi” (Mosby’s Medical Dictionary, 8th edition, 2009).

Recenti studi che hanno analizzato i fattori di rischio nello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare confermano che il funzionamento familiare ricopre un ruolo importante nell’assunzione e nel mantenimento di comportamenti alimentari disfunzionali in adolescenza (Gillett et al. 2009; Kluck, 2008; Lyke & Matsen, 2013). Un punto rilevante a questo proposito è che lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza risulta essere fortemente influenzato dalle percezioni dei familiari riguardo il funzionamento familiare, in particolare rispetto alla coesione familiare, adattabilità e comunicazione (Kluck, 2008; Vidović, Jures, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005). Evidenze empiriche indicano in particolare che le famiglie in cui si riferisce una scarsa coesione tra membri, bassa espressività affettiva e eccessiva dipendenza interpersonale presentano maggiore rischio di sviluppo di comportamenti alimentari patologici (Hoste, Hewell, & Le Grange, 2007; Kluck, 2008; Steinhausen, Gavez, & Winkler Metzke, 2005; Vidović et al., 2005). Inoltre, la ricerca ha evidenziato che gli adolescenti con disturbo alimentare riportano livelli elevati di insoddisfazione nei confronti delle proprie famiglie (Goossens, Braet,

Van Durme, Decaluwé, & Bosmans, 2012; Schuetzmann, Richter-Appelt, Schulte-Markwort & Schimmelman, 2008). In particolare, adolescenti con disturbo alimentare riferiscono di avere sperimentato relazioni familiari insoddisfacenti, caratterizzate da scarsa accettazione genitoriale (calore familiare, empatia, supporto emotivo) e limitata indipendenza tra i membri (Laghi, Baiocco, D'Alessio, & Gurrieri, 2009), mentre adolescenti che riportano supporto affettivo e spinte verso l'autonomia da parte dei genitori sembrerebbero meno propensi a sviluppare eccessiva preoccupazione per il peso, insoddisfazione corporea ed elevati ideali di magrezza e ad assumere comportamenti bulimici (Barker & Galambos, 2003; Kenny & Hart, 1992; Laghi, Pallini, D'Alessio, & Baiocco, 2011). In generale, l'elevata unità familiare protegge gli adolescenti dallo stress emotivo e si associa a comportamenti adattivi (Hasenboehler, Munsch, Meyer, Kappler, & Vögele, 2009) ed è stato in particolare evidenziato che la percezione della coesione familiare protegge gli adolescenti non tanto dall'essere in sovrappeso, quanto dal ricorso a condotte di binge eating e dall'eccessiva preoccupazione per il peso (Fulkerson, Strauss, Neumark-Sztainer, Story, & Boutelle, 2007; Neumark-Sztainer, Wall, Story, & Sherwood, 2009). La ricerca documenta quindi la relazione tra funzionamento familiare positivo e comportamenti alimentari salutari, individuando nella percezione positiva delle relazioni familiari un importante fattore protettivo per il rischio di assunzione di comportamenti alimentari disturbati (Berge et al., 2014; Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002; Neumark-Sztainer et al., 2009). Lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare sembra essere influenzato anche dall'assunzione di regole familiari vincolanti e poco facilitanti (Gillett et al., 2009). Le famiglie caratterizzate dalla patologia alimentare dispongono di particolari norme relative alla restrizione dei pensieri, dei sentimenti e del proprio sé. Le norme familiari legate al divieto di discutere, risolvere i problemi e parlare di circostanze che potrebbero provocare disagio in famiglia, rappresentano un indice di rigidità familiare, mentre le regole relative al sostegno reciproco, alla condivisione delle decisioni da prendere e ai legami affettivi, invece, faciliterebbero la coesione familiare (Wisotsky et al., 2003). Le famiglie in cui sono presenti regole familiari rigide, che ostacolano o restringono l'espressione di pensieri, sentimenti e del proprio sé

(divieto di configgere e parlare di situazioni che possono provocare disagio) sono esposte ad un rischio per lo sviluppo di problematiche alimentari, in particolare nei casi in cui le restrizioni delle norme riguardano il cibo (Gillet et al., 2009; Krug et al., 2008). Anche l'atteggiamento di critica e le pressioni familiari nei confronti del corpo e della forma fisica costituiscono degli indici di invischiamento e rigidità familiare, che incidono fortemente sullo sviluppo della patologia, facilitando l'assunzione di comportamenti alimentari inadeguati (McKnight Investigator, 2003; Pauls & Daniels, 2000; Stice & Agras, 1998; van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon, & Covert, 2002). Inoltre, la presenza di preoccupazione sul peso e modelli di bellezza femminile divulgati dai mass media e l'assunzione di diete predicono l'aumentato rischio di sviluppare il Binge Eating Disorder in ragazze adolescenti e preadolescenti (Laghi, Baiocco, Peduto, Federico, & D'Alessio, 2011).

In Italia, diversi studi hanno utilizzato lo strumento FACES, anche nella recente versione IV (Olson, 2011), per la valutazione del funzionamento familiare in famiglie con disturbi del comportamento alimentare, confermando le principali caratteristiche strutturali e di funzionamento della famiglia anoressica indicata da Minuchin (Baiocco, Cacioppo, & Craparo, 2012; Laghi, Baiocco, Ghezzi, & Cacioppo, 2012; Visani et al., 2014). Visani e colleghi (Visani et al., 2014) hanno comparato la presenza di differenze negli stili familiari tra le famiglie con disturbi alimentari di tipo anoressico e bulimico, confermando la diversità fra i quadri clinici caratterizzanti i DCA e l'eterogeneità nei percorsi di sviluppo; gli autori riportano che le famiglie con Anoressia Nervosa presentano uno sbilanciamento in tutte le scale del FACES IV ma anche discreti fattori protettivi, che invece non mostrano le famiglie con Bulimia Nervosa, a loro volta caratterizzate da bassi livelli di fattori protettivi di coesione e flessibilità e da uno sbilanciamento prevalente nella disorganizzazione e nel disimpegno.

In generale, in paragone alle famiglie con figli senza DCA, le famiglie con pazienti con DCA riferiscono funzionamento familiare peggiore, anche se resta ancora non chiaro se vi siano differenze specifiche in relazione alle diverse tipologie diagnostiche (Holtom-Viesel & Allan,

2014). Ad esempio, studi sulla valutazione delle rappresentazioni del funzionamento familiare da parte di femmine adolescenti con disturbi alimentari, svolti con strumenti semi clinici (come le interviste), hanno confermato che i soggetti bulimici tendono a descrivere le loro famiglie come poco coerenti e conflittuali, mentre le pazienti anoressiche sono inclini a dipingere le proprie famiglie come coese e ben organizzate, ma con poca tolleranza ai conflitti (Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, 2012). Per quanto riguarda la percezione del funzionamento familiare nel Binge Eating Disorder, gli adolescenti con questo tipo di diagnosi riferiscono una percezione negativa del funzionamento delle proprie famiglie in termini di interazioni familiari disfunzionali, caratterizzate da scarsa espressività, comunicazione problematica, scarsa coesione e affettività, maggiore espressione del conflitto (Lalibertè, Boland, & Leichner, 1999; Steiger, Liquornik, Chapman, & Hussain, 1991; Stern et al., 1989). Adolescenti con BED, descrivono tipicamente le loro famiglie come disimpegnate e rigide (Catapano et al., 2005).

Per quanto riguarda il confronto del funzionamento familiare percepito tra i diversi componenti delle famiglie, la maggior parte degli studi evidenzia un disaccordo tra i membri familiari. In particolare, alcuni studi hanno riscontrato differenze significative tra il punto di vista dei pazienti con disturbo alimentare e quello di uno o entrambi i genitori (Cook-Darzens et al., 2005; Gowers & North, 1999). I genitori dei pazienti con DCA, in particolare quelli con Anoressia Nervosa, riportano maggiore conflitti familiari e sentimenti di stress e depressione (Sim et al. 2009). Non è del tutto chiarito se e come le percezioni delle madri differiscono specificamente da quelle dei padri (Holtom-Viesel & Allan, 2014). In ogni modo le pazienti percepiscono peggior funzionamento familiare dei genitori (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005).

Quando è stato considerato il funzionamento familiare percepito da entrambi i genitori, i genitori hanno riferito la propria famiglia come significativamente più coesa e con elevata espressività affettiva, mentre i pazienti riferiscono la propria famiglia come altamente conflittuale (Stern et al., 1989). Considerando invece separatamente le valutazioni delle madri e dei padri, alcuni studi hanno evidenziato che i figli descrivono la propria famiglia come problematica in termini di

funzionamento generale, comunicazione e problem solving, in confronto a entrambi i genitori (Emanuelli et al., 2004). Inoltre, le pazienti anoressiche descrivono la propria famiglia come più disfunzionale rispetto alle madri (Gowers & North, 1999) e altri studi evidenziano la differenza di percezione della famiglia tra tutti i membri rispetto all'adattabilità (Cook-Darzens et al., 2005).

Infine, confrontando la prospettiva delle madri con quelle dei padri, nelle famiglie anoressiche le madri e i figli risultano maggiormente insoddisfatti della propria famiglia rispetto ai padri (Cook-Darzens et al., 2005), mentre altri studi hanno evidenziato una differenza significativa tra il punto di vista delle madri e dei padri in relazione alle risposte affettive ed al problem solving (Dancyger et al., 2005). In un recente studio, in cui figli con diagnosi di DCA e i loro genitori hanno compilato la versione IV dello strumento FACES, Fisher e Bushlow (2015) hanno riscontrato che la maggior parte dei pazienti e dei genitori rappresentano le rispettive famiglie come connesse-molto connesse e flessibili-molto flessibili, con moderati-bassi livelli di invischiamento, rigidità, caoticismo, moderati livelli di comunicazione e bassi livelli di soddisfazione. Questi risultati collocano le famiglie con figli con DCA all'interno di un range salutare, seppur sottolineando una generale insoddisfazione da parte dei membri della famiglia, e richiamano la necessità a rivalutare la tradizionale visione delle famiglie con adolescenti con DCA come caratterizzate da elevati livelli di rigidità, invischiamento e scarsa comunicazione e soddisfazione.

Le evidenze empiriche riportate dimostrano che le famiglie con disturbo alimentare variano nel loro funzionamento familiare, presentando forti discrepanze nella rappresentazione delle relazioni da parte dei suoi componenti. Emerge una distribuzione variabile delle caratteristiche del funzionamento familiare nelle famiglie con disturbo alimentare e nelle diverse sottocategorie diagnostiche. Tutti i risultati degli studi finora citati suggeriscono che la maggior parte delle famiglie con disturbo alimentare si percepiscono e vengono valutate come più disfunzionali rispetto alle famiglie di controllo. Le aree di disfunzionalità individuate sono comunque variabili al punto che non è possibile indicare un pattern certo del funzionamento familiare problematico nell'insieme né riferito alle specifiche categorie diagnostiche.

3.7. Un modello integrato per la comprensione dei DCA: Approccio sistemico-relazionale e *Developmental Psychopathology*

Le evidenze empiriche della ricerca in ambito sistemico-relazionale confermano la rilevanza delle relazioni nel DCA e suggeriscono l'indagine di questo tipo di patologia in riferimento al contesto familiare, il quale, non configurandosi come causa diretta del disturbo, può operare come mantenimento dello stesso.

Alla luce della rilevanza del ruolo svolto dalla famiglia nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare, una questione particolarmente rilevante in questo contesto di riflessione riguarda le cause di un funzionamento familiare alterato. Mentre, come analizzato, i primi studi focalizzati sull'influenza della famiglia nella patologia alimentare in termini causali lineari e diretti sono risultati limitati, più recentemente si sta esplorando con maggiore attenzione l'impatto che il comportamento alimentare inadeguato ha sul funzionamento familiare e il ruolo che il funzionamento familiare può avere nel mantenimento del disturbo alimentare.

Grazie all'apporto degli studi empirici sul campo, in particolare quelli che hanno utilizzato lo strumento FACES (Olson, 1988; 2000; 2011) per l'indagine del funzionamento familiare, si sta facendo sempre più strada una nuova generazione di modelli familiari che abbracciano una visione multi determinata e contestuale dei processi psicopatologici nei disturbi del comportamento alimentare. Dal focus sui deficit familiari, infatti, i modelli di riferimento attuali sono orientati alle risorse familiari, nel tentativo di supportare le competenze familiari, incoraggiando le intenzioni positive dei membri e le connessioni empatiche tra di loro (Cook-Darzens, Doyen, Falissard & Mouren, 2005). In accordo con Cook-Darzens e colleghi (2005), più che parlare in termini di famiglie disfunzionali è opportuno osservare queste famiglie nel tentativo di agire differenti stili e livelli di adattamento (*fit*), in relazione alle specifiche modalità di organizzazione interna ed alle strategie di coping. Di conseguenza, l'obiettivo degli interventi non è necessariamente la riorganizzazione strutturale della famiglia ma i punti di forza e di risorse di tutti i membri della famiglia.

A tale proposito, tra i modelli di indagine dei DCA che possono inserirsi nella direzione della ricerca scientifica attuale, vi sono i modelli che integrano la prospettiva sistemico-relazionale con gli approcci della *Developmental psychopathology* (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984), i quali, enfatizzando la flessibilità e le qualità transazionali della patologia alimentare, portando alla luce una visione generalmente più positiva dei fattori familiari coinvolti (Dare, & Eisler, 1997; Rolland, 1994). Le già innovative indicazioni per una lettura del funzionamento familiare alterato proposte dall'orientamento sistemico relazionale possono essere ulteriormente arricchite facendo riferimento all'area della psicopatologia dello sviluppo (*Developmental Psychopathology*), la disciplina di nascita recente che rappresenta un nuovo prezioso campo di dissertazione per ricercatori e clinici (Cicchetti, 1984; Ammaniti, 2010) e pone tra i punti fondanti il principio di relazione, superando l'idea del disturbo mentale come proprio dell'individuo e sottolineando la rilevanza dei fattori di rischio psicopatologico genitoriale all'interno delle relazioni familiari.

La prospettiva della psicopatologia dello sviluppo (Sroufe & Rutter, 1984) rappresenta una nuova cornice concettuale che considera le deviazioni nella linea di sviluppo del soggetto come esito di un complesso intreccio tra i fattori di rischio (che consistono nell'insieme delle caratteristiche dell'individuo o circostanze che incrementano la probabilità dell'insorgenza, del mantenimento o dell'esito evolutivo sfavorevole di un problema) e i fattori protettivi (l'insieme delle caratteristiche dell'individuo o circostanze che riducono l'impatto dei fattori di rischio e incrementano la probabilità di esiti evolutivi desiderabili). I modelli teorici sviluppati nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo offrono importanti spunti per la comprensione del disturbo alimentare nella sua complessità, avviando una serie di studi empirici focalizzati sull'individuo come sistema integrato di elementi biologici, psicologici e sociali (Sameroff, McDonough, & Rosenblum, 2004; Zipfel et al., 2006). Questo approccio alla valutazione assume ancor più rilevanza nella fase dello sviluppo dell'adolescenza, caratterizzata da elementi di contraddittorietà e fluidità, che mettono l'adolescente di fronte a diversi registri mentali e a diversi compiti evolutivi (Speranza & Williams, 2009).

All'interno di questo modello di comprensione, il concetto di fattore di rischio consente di spiegare come, a partire da un insieme complesso di fattori bio-psico-sociali che agiscono in modo specifico nelle fasi di cambiamento evolutivo, alcune vulnerabilità possano condurre all'esordio di una patologia del comportamento alimentare (Steiner et al., 2003; Lask & Bryant-Waugh, 2007). Tra i fattori di rischio su cui può essere utile soffermarsi nel caso dei DCA vi è il rischio psicopatologico genitoriale. La letteratura internazionale mostra un crescente interesse per l'associazione tra il rischio psicologico dei genitori e lo sviluppo nei figli adolescenti di problematiche (Crandall, Deater-Deckard, & Riley, 2015). A tale proposito, le ricerche della *Developmental Psychopathology* indicano tra i fattori di rischio per lo sviluppo di problematiche emotive e comportamentali un insieme di aspetti familiari, come avere i genitori con disturbi psichiatrici (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999), la familiarità positiva per i disturbi affettivi (Winokur, March, & Mendels, 1980; Gershon et al., 1984), episodi depressivi nelle madri (de Amusquibar, & De Simone, 2003), o tratti specifici di personalità (elevati livelli di perfezionismo o maggiori preoccupazioni riguardo al peso e alla forma fisica) (Woodside et al., 2002; Westerberg-Jacobson, Edlund, & Ghaderi, 2010). Per quanto riguarda la presenza di DCA nel contesto familiare sono stati riscontrati: familiarità positiva per l'anoressia nervosa (Strober et al., 1990), punteggi elevati dei padri al test EAT (Westerberg-Jacobson et al., 2010), punteggi elevati delle madri nella sottoscala della bulimia nervosa del test EAT-26 e elevato numero di episodi di abbuffate (de Amusquibar & De Simone, 2003), obesità nei genitori di pazienti che svilupperanno bulimia nervosa (Fairburn et al., 1999). Inoltre, variabili come l'umore genitoriale, abuso di sostanze, ansia materna estrema, affetti negativi nei genitori sono statisticamente associate ai disturbi alimentari in femmine adolescenti (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Sempre in riferimento al contesto delle relazioni familiari, gli studi di *Developmental Psychopathology* hanno evidenziato che, sempre nel contesto delle relazioni familiari, una scarsa sensibilità genitoriale può interferire sulla capacità degli adolescenti di regolare i propri comportamenti e le proprie emozioni (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Laghi et al., 2009;

Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Inoltre, la sperimentazione di relazioni familiari problematiche e di comportamenti genitoriali inadeguati (parenting non democratico, scarso interesse verso la vita dei figli, scarsa promozione dell'autonomia, scarso coinvolgimento affettivo) può influenzare la comparsa di insoddisfazione corporea negli adolescenti (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006) e l'assunzione di comportamenti alimentari problematici (Blodgett Salafia, Gondoli, Corning, McEnery, & Grundy, 2007).

Diversi studi recenti hanno inoltre dimostrato un'associazione tra disturbi alimentari femminili in adolescenza, psicopatologia materna e/o rischio psicopatologico (sintomi ansiosi e depressivi, disturbi alimentari) (Haycraft, Goodwin, & Meyer, 2014) e funzionamento familiare alterato (con scarsa qualità delle relazioni tra i membri della famiglia). Studi recenti sul rischio psicopatologico materno hanno rilevato che una scarsa regolazione emotiva materna può portare a problematiche nel funzionamento della famiglia a causa di distanziamento o di un'eccessiva reattività. In particolare, le difficoltà nella regolazione emotiva materna nelle famiglie con adolescenti potrebbero comportare un maggior rischio per i figli in questa particolare fase dello sviluppo (Crandall et al., 2015; Engen & Singer, 2015). Uno studio recente ha infine sottolineato che queste difficoltà tra genitori e figli prevedono competenze psicologiche negative per gli adolescenti (Leung & Shek, 2014). In letteratura non sono invece presenti molti studi sul rischio psicopatologico paterno e sul ruolo svolto dai padri nella comparsa del disturbo alimentare nelle figlie (Berge et al., 2010). Questa limitazione della letteratura sul tema del DCA assume particolare rilevanza se si considera che lo sviluppo dell'Anoressia Nervosa è sempre stato legato nelle riflessioni cliniche ad una funzione materna problematica, in cui sono centrali il disagio e le angosce nella relazione madre-figlia (Bruch, 1977; Selvini Palazzoli, 1989). Storicamente, la letteratura scientifica internazionale nell'ambito della *Developmental Psychopathology* evidenzia la psicopatologia materna come principale fattore di rischio per lo sviluppo delle problematiche emotivo-comportamentali dei figli (Creswell, Cooper, & Murray, 2015; Madigan, Moran, Schuengel, Pederson, & Otten, 2007; Micali, Stavola, Ploubidis, Simonoff, & Treasure, 2014; Verkuijl et al., 2014), riservando poco spazio ai

profili psicopatologici paterni, che potrebbero invece rappresentare un importante fattore di rischio o di protezione/mitigazione rispetto allo sviluppo psicopatologico dei figli.

Infine, oltre alla figura paterna, anche la comunicazione tra genitori e figli adolescenti rappresenta un elemento relazionale ancora poco esplorato nelle famiglie con figli con disturbi alimentari.

3.8. Ulteriori elementi familiari per la ricerca empirica sui DCA

3.8.1. La comunicazione emotiva genitori-figli

Oltre al funzionamento familiare, un fattore relazionale particolarmente rilevante da considerare nella ricerca adolescenziale è la comunicazione genitore-figli. Nella ricerca, la qualità della relazione tra genitore e figlio è stata fondamentale esplorata a livello dei legami emotivi e della comunicazione non verbale (Kitzman-Ulrich et al., 2009). Come noto, la comunicazione salutare ed efficace tra figli adolescenti e genitori fornisce un ambiente supportivo in cui i figli possono condividere con i genitori le informazioni sulle loro attività e sui loro vissuti personali. Una comunicazione aperta e chiara tra figli e genitori è protettiva rispetto al rischio di assunzione di comportamenti a rischio (Kopko & Dunifon, 2010; Yu et al., 2006), mentre al contrario, la comunicazione problematica tra adolescenti e figli è associata all'aumento delle condotte a rischio nei figli (Wang et al., 2013).

La comunicazione sui bisogni emotivi è centrale fin dai primi anni nella relazione madre-figlio (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1982). E' noto che nell'infanzia e nei successivi anni, i modelli operativi interni relativi a se stessi e alle figure di attaccamento si basano sostanzialmente sulla cura ricevuta dai genitori (Bowlby, 1973). Con lo sviluppo del linguaggio e la maturazione delle capacità cognitive, le madri svolgono un ruolo cruciale per lo sviluppo nei figli di modelli di sé coerenti, come individui accettati e compresi, anche attraverso la costruzione di conversazioni quotidiane sulle esperienze emotive (Fivush, Haden, & Reese, 2006; Koren-Karie, Oppenheim, Haimovitch, & Etzion-Carasso, 2003; Koren-Karie, Oppenheim, Yuval-Adler, & Mor,

2013; Thompson & Lagattuta, 2006). In questo contesto di interazioni, la comunicazione verbale del genitore verso il figlio riveste un ruolo essenziale nello sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino. Alcune rilevanti evidenze sottolineano che il benessere emotivo dei figli è associato al parlare dei genitori ai figli rispetto che ad altre tipologie di comportamento genitoriale (Raikes & Thompson, 2006). In particolare, la letteratura scientifica internazionale di pertinenza evidenzia che la costruzione congiunta di dialoghi e conversazioni adeguate e coerenti tra genitori e figli rappresenta la base della sicurezza negli anni dello sviluppo (Koren-Karie, Oppenheim, & Getzler-Yosef, 2008). Infatti, la guida sensibile dei genitori durante le conversazioni sulle esperienze emotive coi figli è un importante meccanismo attraverso il quale il bambino impara a condividere, esplorare e dare senso appropriato agli eventi emotivi (Koren-Karie et al., 2003; Oppenheim, Koren-Karie, & Sagi-Schwartz, 2007) e le conversazioni genitori-figli possono rappresentare un prezioso contesto in cui i figli apprendono a dare senso anche alle esperienze di difficoltà (Ruffman et al., 2006). A tale proposito è stato riscontrato che i contenuti emotivi delle conversazioni dei genitori sono un importante predittore del funzionamento emotivo dei figli (Ruffman, Slade, Devitt, & Crowe, 2006), tra cui la capacità di comprensione del bambino della relazione tra i propri e altrui stati interni ed il comportamento (Fivush et al., 2006). Infine, i vissuti personali riportati sotto forma di racconto rappresentano una parte essenziale della pratica clinica e terapeutica (Sherman, 1990).

Le conversazioni su temi emotivi continuano ad essere molto importanti nelle relazioni familiari anche quando i figli diventano adolescenti. I genitori, specialmente le madri, possono, in maniera supportiva, accogliere i bisogni dei propri figli adolescenti, aiutandoli ad organizzare i sentimenti e confortandoli nei momenti di difficoltà. Partecipando insieme al genitore a conversazioni guidate su eventi passati significativi dal punto di vista emotivo, l'adolescente può creare una struttura di accesso e riflessione sui propri ricordi personali, imparando a valutare le proprie emozioni ed esperienze e a comprendere quali emozioni sono accettabili e quali no (Koren-Karie et al., 2008).

Alla luce di tali evidenze, l'indagine della comunicazione emotiva tra genitori e figlie adolescenti che soffrono di problematiche alimentari può ampliare il quadro di lettura delle

relazioni familiari, in una fase del ciclo di vita in cui l'insoddisfazione corporea e la preoccupazione per il peso rappresentano aspetti cruciali (Bucchianeri, Arikian, Hannana, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013; Chow & Tan, 2017). Diversi studi che hanno approfondito l'influenza genitoriale sull'immagine corporea dei figli e sulle abitudini alimentari a livello della comunicazione, hanno evidenziato come la figura materna rivesta la funzione di modello primario per le pratiche alimentari e l'immagine corporea delle figlie (Cooley, Toray, Wange, & Valdez, 2008). In particolare, alcuni studi hanno sottolineato l'influenza diretta e indiretta delle madri sul comportamento alimentare delle figlie attraverso incoraggiamenti alle figlie a perdere peso (Armstrong & Janike, 2012) o discorsi e riferimenti alla preoccupazione del proprio peso e al controllo alimentare (Neumark-Sztainer et al., 2010). Altri studi hanno rilevato un effetto di mitigazione delle conversazioni delle madri sugli aspetti problematici dell'alimentazione sulla preoccupazione delle figlie per il peso (Hillard, Gondoli, Corning, Morrissey, 2016).

3.8.2. I padri

La maggior parte della letteratura sugli aspetti psicologici e relazionali del DCA nelle ragazze è centrata sulla relazione madre-figlia, sottolineando la centralità di questa diade nello sviluppo emotivo dalla prima infanzia all'adolescenza. Col progredire del tempo i ricercatori si sono interessati alla figura del padre (Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery, & Zalsman, 2015; Pilecki, & Józefik, 2013). Recentemente, in particolare, il ruolo dei padri è stato approfondito come fattore di protezione o di rischio per l'insorgenza di problemi psicologici nei bambini (Cerniglia, Cimino, & Ballarotto, 2014; Cooper, Murray, & Halligan, 2010). Questo interesse della ricerca è dovuto anche ai cambiamenti nell'organizzazione familiare, che oggi include responsabilità condivise tra i genitori nell'educazione dei figli (ad esempio, nell'alimentazione e nella routine del sonno) (Cimino, Cerniglia, & Paciello, 2015). Lamb (2010) ha suggerito che le interazioni padre-figlio differiscono da quelle con le madri: gli schemi relazionali dei padri con i figli, infatti, sarebbero più spesso caratterizzati dal contatto fisico e dal gioco di ruvidità e queste caratteristiche sembrano avere un

ruolo specifico nel sostenere i processi di regolazione emotiva del bambino (Dietz, Jennings, Kelley, & Marshal, 2009).

I teorici e studiosi della famiglia, come noto, suggeriscono che le differenze nella percezione del funzionamento della famiglia tra genitori e adolescenti indicano stress familiare e modelli di disadattamento all'interno della famiglia (Olson, 2000; Minuchin & Fishman, 1981). Diverse ricerche, che hanno utilizzato strumenti self-report o retrospettivi, hanno evidenziato che le giovani donne con disturbo alimentare rappresentano i propri padri come emotivamente poco coinvolti, evitanti, intrusivi, meno sensibili rispetto alle donne appartenenti ai gruppi di controllo (Fassino, Amianto, & Abbate-Daga, 2009; Jones, Leung, & Harris 2006). In alcuni casi, la descrizione della figura paterna è riconducibile a due profili, uno di genitore accogliente e benevolente, l'altro iperprotettivo e evitante. L'attribuzione di qualità negative ai padri da parte delle figlie con DCA è inoltre associata a sintomi depressivi (Horesh et al., 2015).

La letteratura internazionale recente considera il ruolo dei padri come fattore di rischio o protezione per lo sviluppo delle difficoltà psicologiche dei bambini ed è stato proposto che una combinazione di psicopatologie materne e paterne possa creare uno stile di *coparenting* caratterizzato da interazioni negative con i bambini (Cimino et al., 2015; Enten & Golan, 2009). Il profilo psicopatologico paterno potrebbe rappresentare sia un fattore di rischio che un fattore di protezione per la patologia dei figli ed il potenziale valore di mitigazione della figura genitoriale paterna sullo sviluppo psicopatologico dei figli dovrebbe ricevere maggiore attenzione scientifica.

Occuparsi anche della figura dei padri è rilevante per identificare i meccanismi attraverso cui la qualità della relazione paterna influenza il comportamento alimentare dei figli adolescenti e per esplorare le possibili differenze in questo meccanismo tra la figura genitoriale materna e quella paterna.

PARTE II

LA RICERCA

CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA

1.1. Introduzione al progetto di ricerca: *Studio empirico sul funzionamento familiare, indicatori di rischio psicopatologico genitoriale e comunicazione emotiva tra genitori e figlie in famiglie con adolescenti con DCA.*

In riferimento all'insieme di osservazioni e riflessioni precedentemente esposte, l'attività di ricerca dottorale si concentra sull'area dei disturbi del comportamento alimentare come ambito della psicopatologia in età evolutiva di rilevante e attuale interesse clinico e di ricerca. In particolare, il progetto di ricerca si inserisce nell'ambito degli studi e ricerche ad orientamento sistemico-relazionale, volti a comprendere il ruolo dei processi familiari nello sviluppo e nel mantenimento delle problematiche nei figli. Si tratta di uno studio su campioni clinici che intende superare una valutazione del funzionamento familiare fornita solo dai figli, contraria all'ottica sistemico-relazionale, e si propone di analizzare il punto di vista della madre, del padre e della figlia.

Nel presente studio la comprensione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) in adolescenza rientra in un modello eziologico multifattoriale, che associa fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento, ciascuno dei quali può ritrovarsi a livello familiare. Il riferimento teorico-concettuale consiste nell'integrazione tra l'orientamento sistemico-relazionale, per il ruolo riconosciuto alle caratteristiche dei membri della famiglia e ai processi familiari nello sviluppo e nel mantenimento di un disturbo nei figli, e la *Developmental Psychopathology* (D.P.), per la rilevanza fornita ai fattori di rischio psicopatologico genitoriale all'interno delle relazioni familiari.

L'aspetto innovativo della ricerca è costituito, da un lato, dall'utilizzo della versione IV dello strumento FACES, che connette il funzionamento familiare (percepito dall'adolescente e dai genitori) al comportamento alimentare, e dall'altro, attraverso il raccordo tra l'orientamento

sistemico e la *Developmental Psychopathology*, dalla flessibilità allo studio della patologia alimentare e dei disturbi in età evolutiva.

Lo studio si concentra sul periodo evolutivo dell'adolescenza, esplorandolo attraverso due principali vie di ingresso che corrispondono alle variabili individuali psicologiche (funzionamento emotivo e comportamentale) e alle variabili ambientali (funzionamento familiare e rischio psicopatologico genitoriale). Precisamente, la ricerca è focalizzata sullo studio del funzionamento familiare e dei profili emotivi e comportamentali in famiglie con adolescenti con disturbo del comportamento alimentare, con particolare attenzione ai fattori di rischio psicopatologico genitoriale, incluso il ruolo svolto dalla figura paterna nella comparsa e nel mantenimento delle problematiche nei figli. Inoltre, considerando la comunicazione sui bisogni emotivi un elemento particolarmente rilevante nella relazione tra genitori e figli, è esplorato il meccanismo di costruzione congiunta di conversazioni su esperienze emotive nelle diadi madri-figlie e padri-figlie.

1.2. Impianto metodologico della ricerca

La ricerca si configura come *cross-sectional study* su famiglie con figlie con diagnosi di DCA.

1.2.1. Obiettivi generali e obiettivi specifici

Gli obiettivi generali della ricerca sono:

1. Approfondire lo studio degli stili di funzionamento familiare nelle diverse aree cliniche dei DCA attraverso le categorie di osservazione del Modello Circonflesso di Olson (Olson, 1988), che valuta Coesione, Flessibilità e Comunicazione nelle famiglie.
2. Verificare se le famiglie con ragazze adolescenti che soffrono di Anoressia Nervosa (Gruppo 1), Bulimia Nervosa (Gruppo 2) e Binge Eating Disorder (Gruppo 3), mostrano specifiche rappresentazioni del funzionamento familiare, determinati profili psicologici/psicopatologici e determinato funzionamento emotivo-comportamentale.

3. Approfondire la qualità della comunicazione emotiva tra ragazze adolescenti con DCA e i loro genitori.

Gli obiettivi specifici dello studio sono:

1. Valutare i profili psicologici delle adolescenti con DCA e il possibile rischio psicopatologico dei loro genitori, confrontando i punteggi nei Gruppi 1, 2, 3 e nel Gruppo di controllo.
2. Valutare il funzionamento familiare percepito dalle adolescenti nei Gruppi 1, 2 e 3 e nel Gruppo di controllo e confrontarlo con la percezione del funzionamento familiare dei genitori.
3. Valutare l'associazione tra i profili psicologici adolescenziali, il rischio psicopatologico genitoriale e il funzionamento familiare così come percepito dalle adolescenti nei Gruppi 1, 2, 3.
4. Valutare il funzionamento familiare percepito e i profili psicologici di genitori e figlie, insieme alla qualità di dialoghi a contenuto emotivo in diadi madri-figlie e padri-figlie in un campione aggiuntivo costituito da famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN).

1.2.2. Ipotesi di ricerca e principali risultati attesi

Ci si attende che le famiglie con ragazze adolescenti appartenenti ai tre gruppi clinici mostrino specifiche rappresentazioni del funzionamento familiare, profili psicologici adolescenziali e profili psicopatologici genitoriali differenziati, con le famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa che presentano un quadro globalmente più compromesso rispetto alle altre.

Si ipotizza inoltre che le pazienti e i genitori appartenenti ai tre gruppi diagnostici con DCA riportino punteggi più elevati nelle misurazioni di variabili psicologiche relative a problematiche emotive e comportamentali (caratteristiche sintomatiche differenziate tra Anoressia, Bulimia e Binge Eating Disorder) e nelle variabili psicopatologiche (rischio psicopatologico genitoriale elevato) rispetto al Gruppo di controllo.

Ci si attende inoltre una connessione tra il funzionamento familiare percepito e la presenza dei comportamenti alimentari patologici nelle figlie appartenenti ai tre Gruppi clinici, in termini di presenza di percezione problematica nelle famiglie da parte delle figlie adolescenti (elevati punteggi

nelle scale sbilanciate dello strumento FACES IV) e di differenza nel funzionamento familiare percepito tra i membri delle famiglie appartenenti ai tre Gruppi clinici e al Gruppo di controllo. In aggiunta, si ipotizza un'associazione tra il rischio psicopatologico genitoriale e la qualità del funzionamento familiare percepito dalle adolescenti e tra il profilo psicologico adolescenziale e la rappresentazione delle proprie famiglie.

Si ipotizza infine che le conversazioni a contenuto emotivo costruite da diadi madri-figlie e padri-figlie in famiglie con figlie con Anoressia Nervosa siano caratterizzate da aspetti problematici/disfunzionali in termini di disaccordo comunicativo (scarsa partecipazione, scarsa sintonia nella costruzione del dialogo, bassi livelli di supporto e condivisione, bassi livelli di coerenza delle storie) rispetto alle conversazioni emotive prodotte da diadi madri-figli e padri-figli appartenenti ad un campione di confronto, e che le madri e i padri delle adolescenti con Anoressia Nervosa presentino modalità differenziate nella co-costruzione dei dialoghi con le figlie in termini di classificazione finale dei dialoghi e di punteggi riportati alle scale di valutazione delle narrazioni.

Il lavoro di ricerca, fondato sulla concettualizzazione del funzionamento umano in termini sistemici, dovrebbe mettere in evidenza, attraverso l'elaborazione statistica dei dati raccolti, la centralità delle problematiche relazionali in famiglie con figlie adolescenti con disturbo del comportamento alimentare e sottolineare la rilevanza della comunicazione emotiva tra genitori e figli come aspetto strutturale dei rapporti familiari.

1.2.3. Soggetti partecipanti e raccolta dei campioni

Il campione clinico per lo studio del funzionamento familiare e del rischio psicopatologico genitoriale in famiglie con figlie con DCA è stato reclutato presso Centri di consulenza e trattamento per DCA pubblici del centro Italia (provincia di Roma - ASL Viterbo). E' composto da N = 120 soggetti adolescenti femmine (range di età 14-17 anni; età media 14.08, d.s. =0.77) con disturbo del comportamento alimentare (DCA), che hanno richiesto supporto clinico per disturbi alimentari nell'adolescenza, e dai loro genitori (padri e madri). Alla prima intervista di valutazione,

in accordo con i criteri del DSM-V (APA, 2013), le adolescenti vengono diagnosticate per Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa o Binge Eating Disorder. Tra i soggetti vi è assenza di ulteriori psicopatologie franche e nessun precedente intervento psicoterapeutico. Il campione clinico è a sua volta suddiviso in tre sottogruppi clinici, in base alla tipologia di diagnosi di disturbo alimentare assegnata alle figlie adolescenti secondo i criteri del DSM-V (APA, 2013): Gruppo 1 (AN Anoressia Nervosa, N = 40 adolescenti, età media 14.03, d.s.=0.80, e rispettivi genitori), Gruppo 2 (BN Bulimia Nervosa, N = 40 adolescenti, età media 14.00, d.s.=0.80, e rispettivi genitori), Gruppo 3 (BED Binge Eating Disorder, N = 40 adolescenti, età media 14.20, d.s. =0.72, e rispettivi genitori). Sono esclusi i casi di disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati. Ai tre sottogruppi clinici è appaiato un campione di controllo, omogeneo per caratteristiche culturali, geografiche e socio-economiche, composto da N = 40 nuclei familiari (madre, padre e figlie, età media 16.13, d.s.=1.45, in assenza di diagnosi di DCA), provenienti dalla popolazione normale italiana.

La prima parte della ricerca è stata di tipo esplorativo, con l'indagine su alcune aree di interesse (funzionamento familiare e rischio psicopatologico genitoriale), in funzione della quale si è provveduto alla raccolta di un iniziale campione clinico (N=120 famiglie), appaiato ad un campione di controllo. Poiché, in linea con le principali evidenze della letteratura scientifica internazionale sui DCA, le adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa ed i loro genitori hanno mostrato i profili psicopatologici più compromessi rispetto ai genitori e alle adolescenti con altra diagnosi di DCA (Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorders), si è optato per un approfondimento dell'indagine sulle dinamiche relazionali e sul funzionamento emotivo in famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa, attraverso la raccolta di un campione clinico per uno studio aggiuntivo in cui introdurre anche uno strumento per la valutazione della comunicazione emotiva genitori-figlie. Inoltre, poiché nel periodo di reclutamento iniziale del campione clinico le pazienti in fase di valutazione provenivano da servizi pubblici in cui nella procedura di assessment non era possibile inserire un'intervista per la valutazione dei dialoghi emotivi tra genitori e figlie come *l'Autobiographical*

Emotional Events Dialogue (AEED - Koren-Karie, Oppenheim, & Etzion Carasso, 2000), ma solo alcuni strumenti self-report, è stata attivata la ricerca di una seconda struttura di diagnosi e trattamento dei DCA, stringendo accordi con il Prof. Loriedo, direttore della UOC di Psichiatria e DCA Policlinico Umberto I Roma. Per la valutazione del campione clinico aggiuntivo è stato possibile introdurre ulteriori questionari self-report insieme all'intervista dell'AEED in un piano progettuale più strutturato. Il campione clinico aggiuntivo, reclutato presso il Policlinico Umberto I di Roma, è composto da N=16 famiglie (madi, padri e figlie adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa di età media 18.88, d.s. = 1.54) e ad esso è appaiato un campione di controllo di N=15 famiglie (madi, padri, figlie adolescenti senza diagnosi di DCA di età media 14,93, d.s.= 1.66), reclutato presso Istituzioni scolastiche site nel territorio dell'Italia centrale.

1.2.4. Procedure di ricerca

Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università degli Studi di Roma Sapienza, in accordo con le linee guida approvate nella Dichiarazione di Helsinki. Dopo la fase di valutazione, prima di iniziare il piano di trattamento, è stato chiesto alle adolescenti e alle loro famiglie di compilare i questionari di autovalutazione (descritti di seguito), che sono stati somministrati dal ricercatore in persona. Le madi, i padri e le figlie adolescenti hanno compilato i questionari in modo indipendente e il ricercatore si è reso disponibile a rispondere alle domande mentre i soggetti hanno completato l'indagine. Tutti i questionari sono stati completati al momento della distribuzione. Per la somministrazione della procedura relativa allo strumento AEED, gli incontri tra il ricercatore e le famiglie sono stati svolti all'interno delle strutture sanitarie nel periodo di svolgimento delle procedure di *assessment*, in base alla disponibilità delle coppie madi-figlie e padri-figlie. Gli incontri con le diadi madi-figlie e padre-figlie del campione di controllo si sono invece svolti a domicilio. I genitori hanno firmato il modulo per il consenso informato e le adolescenti hanno confermato la propria volontà alla partecipazione. Tutte le famiglie hanno accettato di partecipare allo studio e non hanno ricevuto compenso economico. Non è stato riscontrato alcun attrito.

Il 98% dei soggetti partecipanti alla ricerca erano di razza caucasica. Inoltre, tutti i soggetti provenivano da famiglie con uno status socio-economico medio o alto (Hollingshead, 1975). La maggioranza delle famiglie che hanno partecipato allo studio (90%) costituivano nuclei familiari integri in cui le figlie adolescenti vivevano con i genitori (primogenite di entrambi i genitori). Tutti i partecipanti, in maniera volontaria e anonimamente, hanno fornito i dati su tutte le variabili dello studio e nessuno di coloro che ha accettato di partecipare ha poi abbandonato lo studio.

1.2.5. Strumenti per la valutazione

1.2.5.1. Valutazione del rischio psicopatologico in genitori e figlie

Symptom CheckList-90 item-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994; versione italiana: Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2012). Questionario self-report multidimensionale, composto da 90 item, fornisce una misura standardizzata di un ampio spettro di sintomi psicologici e/o psicopatologici sperimentati dal soggetto nell'ultima settimana. Lo strumento è applicabile a popolazioni normali o psichiatriche di adulti e di adolescenti. Il questionario SCL-90-R permette di ottenere diverse informazioni sull'esperienza soggettiva attuale di benessere e/o di disagio psicologico, consentendo di effettuare *screening* sia in ambito clinico che di ricerca. Ogni item descrive sintomi sia di tipo fisico che psicologico, valutati in una scala a 5 punti (0: per niente, 1: poco, 2: moderatamente, 3: molto, 4: molto). Gli item sono raggruppati in nove principali scale cliniche: somatizzazione (SOM; indica sintomi e disturbi che derivano dalla percezione delle disfunzioni corporee, compresi i sintomi cardiovascolari, gastrointestinali e respiratori); ossessione-compulsività (O-C; relativa a pensieri, impulsi e azioni soggettivamente vissute come persistenti ed ego-distoniche); sensibilità interpersonale (INT; relativa a sensazioni di inadeguatezza e inferiorità rispetto ad altre persone); depressione (DEP; include un ampio spettro di sintomi associati ad una sindrome depressiva); ansia (ANX; indica segni generali di ansia, tensione e tremori così come attacchi di panico e sentimenti di terrore, apprensione e paura); ostilità (HOS; indica pensieri, sentimenti e azioni tipici di uno stato di rabbia, irritabilità e risentimento); ansia fobica (PHOB;

indica la risposta di paura persistente nei confronti di una persona specifica, luogo, oggetto o situazione riconosciuta come irrazionale e sproporzionata rispetto allo stimolo); ideazione paranoide (PAR; corrispondente a un disturbo del pensiero caratterizzato da senso di sospetto, paura per la perdita di autonomia e ostilità); psicotismo (PSY; include elementi indicativi di uno stile di vita introverso e isolato, e sintomi schizofrenici, come allucinazioni e disturbi di controllo del pensiero). Elevati punteggi nelle scale cliniche indicano sofferenza psicologica e rischio psicopatologico. Sono inoltre previsti tre indici generali di stress: Global Severity Index (GSI), l'indice di Gravità Globale che indica il totale dello stress e della sintomatologia del soggetto, l'Indice di Sintomi di Stress Positivo e l'Indice di Sintomi Positivi Globali. Prunas e collaboratori (2012), hanno dimostrato una soddisfacente coerenza interna dello strumento (alfa di Cronbach = 0,70 – 0,96: Prunas et al., 2012), con un punteggio di cut-off clinico ≥ 1 al GSI che indica rischio psicopatologico.

1.2.5.2. Valutazione della percezione del funzionamento familiare in genitori e figlie

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES-IV; Olson, 2011; validazione italiana: Baiocco, Cacioppo, Laghi, & Tafà, 2013). E' la quarta versione del questionario self-report utilizzato per valutare la percezione del funzionamento familiare che si inquadra nella cornice teorica di riferimento del Modello Circonflesso di Olson (Olson et al., 1979). Il FACES-IV si articola in 42 item a cui i soggetti possono rispondere manifestando il grado di accordo/disaccordo su una scala Likert a 5 punti (da 5, massimo accordo, a 1, massimo disaccordo). Lo strumento permette di valutare la Coesione, definita come vincolo emozionale che ciascun membro della famiglia prova nei confronti dell'altro, e l'Adattabilità, definita come la qualità e l'espressione della leadership e dell'organizzazione di ruoli e regole di relazione e negoziazione, più la dimensione facilitante della Comunicazione (l'insieme delle abilità comunicative positive utilizzate all'interno del sistema familiare). Lo strumento è composto da sei scale: due Bilanciate (Coesione e Flessibilità), che valutano aree centrali e intermedie-moderate, e quattro non bilanciate (Rigidità, Caoticità, Invischiamento e Disimpegno), che valutano le estremità inferiori e superiori di Coesione

e Flessibilità (Olson, 2011). Elevati punteggi nelle scale bilanciate indicano una valutazione positiva del funzionamento familiare da parte del soggetto, mentre elevati punteggi nelle scale sbilanciate indicano la percezione di un funzionamento familiare problematico. Lo strumento comprende anche due scale aggiuntive: la Family Communication scale (FCS), una scala di 10 item di tipo Likert, e la scala della Soddisfazione Familiare o Family Satisfaction Scale (FSS), costituita da ulteriori 10 item, che esprime il grado in cui i membri della famiglia si sentono soddisfatti e realizzati in riferimento alla Coesione, Flessibilità e Comunicazione. Quanto più i valori della Comunicazione e della Soddisfazione sono alti, tanto più i familiari apprezzano la loro comunicazione ed il loro stile di funzionamento. La validazione italiana ha mostrato una buona affidabilità e validità, con un minimo di $\alpha = .78$ per la dimensione della Coesione ad un massimo di $\alpha = .92$ per la dimensione della Flessibilità (Baioicco et al., 2013). Nel presente studio, i punteggi delle ragazze adolescenti, delle madri e dei padri al FACES-IV sono stati codificati in accordo con le indicazioni dell'autore (Olson, 2008; 2011).

1.2.5.3. Valutazione del funzionamento emotivo-comportamentale nelle figlie

Youth Self-Report 11/18 (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001; versione italiana a cura di Frigerio et al., 2001). Questionario di autovalutazione che misura problemi emotivi e comportamentali degli adolescenti negli ultimi 6 mesi. Rileva la presenza di eventuali aree problematiche nel versante internalizzante ed esternalizzante. E' composto da 119 item clinici e da 16 item "sociali" e si organizza in due parti principali: la Scala delle Competenze e la Scala dei Problemi totale, quest'ultima formata da un elenco di 112 item inclusi in otto sottoscale sindromiche: Ritiro, Lamentele somatiche, Ansia/depressione, Problemi sociali, Problemi di pensiero, Problemi di attenzione, Comportamenti delinquenti, Comportamento aggressivo. Le sindromi sono raggruppate a loro volta in tre principali scale sindromiche: la Scala dei Problemi Internalizzanti (Ritiro, Lamentele Somatiche, Ansia/Depressione), la Scala dei Problemi Esternalizzanti (Comportamento Delinquenziale, Comportamento Aggressivo) e la Scala dei Problemi né

Internalizzanti né Esternalizzanti (Problemi Sociali, Problemi del Pensiero, Problemi di Attenzione). Le Scale Internalizzanti e le Scale Esternalizzanti, sebbene siano opposte, non si escludono a vicenda, in quanto in alcuni soggetti possono co-occorrere problematiche che interessano entrambe le scale. Alti punteggi in queste scale indicano un funzionamento emotivo-comportamentale disadattivo. Achenbach e Rescorla (2001) hanno riscontrato una buona coerenza interna, con un alfa di Cronbach compreso fra .71 e .95.

1.2.5.4. Valutazione della capacità di descrivere e identificare le emozioni nelle figlie

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bagby, Taylor, & Parker, 1994; versione italiana: La Ferlita, Bonadies, Solano, De Gennaro, & Gonini, 2007). Scala di autovalutazione composta da 20 item. Ogni item è valutato in una scala Likert a cinque punti che va da 1 (fortemente disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo) e cinque item sono codificati negativamente. La struttura a tre fattori della scala è risultata teoricamente congruente con il costrutto dell'alessitimia. Il primo fattore (F1) è composto dagli items che misurano la capacità di identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche. Il secondo fattore (F2) riguarda items che misurano la capacità di descrivere i sentimenti, mentre il terzo fattore (F3) è composto da items che valutano il pensiero orientato verso l'esterno. Punteggi più alti su queste scale indicano un funzionamento più disadattivo. Lo strumento dimostra una buona coerenza interna e una buona affidabilità (coefficiente di coerenza interna .86). E' stato inoltre riscontrato che lo strumento è stabile e replicabile tra popolazioni cliniche e non cliniche (Parker, Taylor, & Bagby, 2003).

1.2.5.5. Valutazione dell'impulsività

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton & Stanford 1995; versione italiana: Fossati, Di Ceglie, Acquarini, & Barratt, 2001). E' un questionario di autovalutazione progettato per valutare il costrutto dell'impulsività. Il questionario è composto da 30 item che descrivono comportamenti comuni impulsivi o non impulsivi (per gli item a punteggio inverso). Gli item sono valutati su una scala Likert a 4 punti (1 =raramente/mai; 2 =occasionalmente; 3 =spesso; 4 =quasi sempre/sempre).

Il questionario fornisce un punteggio totale (Bis total score) e valuta l'impulsività nelle sottoscale *attentional impulsivity* (incapacità di focalizzare l'attenzione o concentrarsi), *motor impulsivity* (agire senza pensare) e *non-planning impulsivity* (assenza di orientamento e di pensieri anticipatori). Poichè una recente review (Vasconcelos, Malloy-Diniz, & Correa, 2012) non conferma la stabilità dei tre fattori identificati da Barratt, nel presente studio non verranno utilizzate le tre scale ma solo quella totale. La versione italiana (Fossati et al. 2001) mostra buone qualità psicometriche (cronbach's alpha = .79; test-retest reliability $r = .889$).

1.2.5.6. Valutazione della comunicazione emotiva tra genitori e figlie

Autobiographical Emotional Events Dialogue (AEED; Koren-Karie, Oppenheim, & Etzion Carasso, 2000). Scala di valutazione dei dialoghi emotivi madri – figli, somministrata nel presente studio alle diadi madri-figlie e padri-figlie. La scala è applicata alle narrazioni prodotte dalle diadi e valuta la misura in cui il genitore e il figlio co-costruiscono dialoghi a contenuto emotivo organizzati e coerenti inerenti la storia personale del figlio. Alle madri e ai figli vengono presentate cinque carte, ciascuna riportante il nome delle emozioni ed un'immagine dell'espressione facciale relativa (Triste, Spaventato, Arrabbiato, Sicuro e Protetto, Felice). Alla diade è chiesto di richiamare uno specifico episodio in cui il figlio ha sperimentato ciascuna delle emozioni e di raccontare l'evento insieme, descrivendo cosa il figlio ha pensato, sentito e fatto. Il tempo della narrazione va dai 5 ai 15 minuti. L'interazione è audio-registrata e trascritta *verbatim*. Il sistema di codifica dei trascritti prevede sette scale materne (*Focus on the task, Clear boundaries, Tolerance, Involvement and reciprocity, Hostility, Containment of negative feelings, Structuring*), sette scale parallele del figlio (*Focus on the task, Maintaining child role, Acceptance, Involvement and reciprocity, Hostility, Closure of negative feelings, Elaboration*) e due scale sulla narrazione prodotta dalla diade (*Adequacy of the stories, Coherence*).

La valutazione delle trascrizioni, che prevede due codificatori esperti in doppio cieco, è effettuata contrassegnando gli indicatori per le varie scale così come appaiono in tutta la

trascrizione e assegnando poi un punteggio su ciascuna delle scale in base sia alla frequenza che alla forza di questi indicatori. L'affidabilità inter-rater delle scale è stata valutata utilizzando coefficienti di correlazioni intraclasse, che vanno da .86 per l'ostilità materna a 1.0 per l'ostilità dei figli. Le scale hanno un range da 1 a 9, con punteggi elevati che indicano alti livelli di comportamento toccati dalla scala (in tutte le scale, ad eccezione dell'ostilità, i punteggi elevati riflettono comportamenti positivi). L'originale modello di codifica è designato per bambini di età compresa tra 4.5 e 7.5 anni. In aggiunta sono state create due scale aggregate per valutare i contributi individuali delle madri e dei figli ai dialoghi (Koren-Karie et al, 2008). La scala *Maternal Sensitive Guidance*, composta dalla media dei punteggi riportati nelle sette scale materne (alfa di Cronbach=.90), cattura il coinvolgimento globale della madre nelle conversazioni attraverso l'abilità del genitore di guidare, supportare e coinvolgere il figlio nella co-costruzione dei dialoghi sui ricordi personali. La scala *Child Cooperation and Exploration*, formata dalla media dei punteggi riportati nelle sette scale del figlio (alfa di Cronbach=.84), misura la partecipazione del figlio al processo di co-costruzione attraverso gli approfondimenti e la disponibilità a contribuire al compito. Inoltre, è proposta una terza scala aggregata, *Coherence of the narrative*, basata sulle medie delle scale globali di *Adequacy of the stories* e *Coherence of the stories*. Alti punteggi alle scale aggregate riflettono dialoghi ottimali. Nel presente studio lo strumento AEED è somministrato alle diadi madri-figlie e alle diadi padri-figlie appartenenti agli stessi nuclei familiari. Le scale di riferimento per i padri sono uguali alle scale materne previste dalla procedura originale. In base alle scale sono previsti i seguenti profili finali delle diadi: *Emotionally matched (EM)*, nelle sottocategorie *EM1 Cooperative: Dialogue and Reciprocity*; *EM2 Cooperative: Concise and Brief*; *EM3 Cooperative: Challenging or Demanding*. *Non-emotionally Matched-Flat (Fl)*, nelle sottocategorie: *FL1 Uninvolved and Uninterested* e *FL2 Uninvolved-Judgmental*; *Non-emotionally Matched-Excessive (Ex)*, nelle sottocategorie: *EX1 Extreme-Hostile*, *EX2 Extreme Overwhelming*. *EX3 Judgmental but not Hostile*. *Non-emotionally Matched-Inconsistent (In)*.

CAPITOLO 2: RISULTATI DELLA RICERCA

2.1. Lo studio sul funzionamento familiare in campioni clinici di DCA

2.1.1. Rappresentazioni del funzionamento familiare

Allo scopo di valutare il funzionamento familiare percepito dalle figlie adolescenti e dai loro genitori sono state condotte una serie di analisi multivariate della varianza (MANOVAs), considerando i punteggi riportati dalle figlie e dai loro genitori allo strumento FACES-IV nei Gruppi 1, 2, 3 e 4 (Tabelle 1, 3, 4 e 5 rispettivamente). Le analisi statistiche intergruppo mostrano una discrepanza tra la descrizione del funzionamento familiare da parte delle figlie adolescenti e dei loro genitori. In specifico, nel Gruppo 1, le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; $p < 0.001$) evidenziano che le figlie adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa riportano punteggi significativamente più bassi rispetto ai loro genitori nella scala della coesione ($F_{(2,117)} = 75.56$; $p < 0.001$), comunicazione ($F_{(2,117)} = 58.15$; $p < 0.001$) e soddisfazione ($F_{(2,117)} = 29.14$; $p < 0.001$). Inoltre, le adolescenti del Gruppo 1 riportano punteggi più elevati dei loro genitori nelle sottoscale di disimpegno ($F_{(2,117)} = 40.11$; $p < 0.001$), ipercoinvolgimento ($F_{(2,117)} = 19.92$; $p < 0.001$) e rigidità ($F_{(2,117)} = 10.47$; $p < 0.001$). La Tabella 1 mostra le medie e deviazioni standard dei punteggi riportati da adolescenti, madri e padri al FACES-IV nel Gruppo 1.

Tab. 1 Medie (DS) dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori Gruppo 1

FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	9,62 (9,63)	56,65 (21,41)	42,57 (19,32)
Flessibilità	35,35 (21,43)	27,90 (20,19)	40,72 (20,90)
Disimpegno	92,02 (9,25)	50,80 (25,46)	61,30 (25,27)
Invischiamento	91,22 (6,50)	71,10 (20,13)	77,52 (13,75)
Rigidità	79,45 (15,83)	62,40 (16,19)	67,37 (19,18)
Caoticità	65,87 (18,74)	66,10 (20,64)	82,30 (14,10)
Comunicazione	9,05 (8,47)	38,92 (14,59)	31,45 (14,10)
Soddisfazione	9,77 (7,71)	33,15 (15,89)	27,62 (17,38)

Le adolescenti anoressiche riferiscono minore soddisfazione rispetto al funzionamento delle proprie famiglie in confronto alla percezione dei loro genitori, un funzionamento familiare meno coeso, maggiormente rigido, disimpegnato e ipercoinvolto. Infine, le adolescenti del Gruppo 1 descrivono le proprie famiglie come caratterizzate da bassi livelli comunicativi rispetto ai genitori dello stesso gruppo. Le madri del Gruppo 1 riportano punteggi più elevati delle figlie e dei padri nella scala della coesione ($F_{(2,117)} = 75.56; p < 0.001$) e punteggi inferiori rispetto ai padri nella scala della flessibilità ($F_{(2,117)} = 3.81; p < 0.05$), mentre i padri mostrano punteggi più elevati di quelli riportati dalle madri e dalle figlie nel caoticismo ($F_{(2,117)} = 10.90; p < 0.001$).

Di seguito sono riportati i punteggi normativi per gli adolescenti e gli adulti appartenenti alla popolazione italiana per il FACES-IV (Baiocco et al., 2013; Visano et al., 2014). I punteggi normativi di riferimento relativamente alle scale della comunicazione e soddisfazione sono indicativi della popolazione americana (Olson, 2011), in quanto non reperibili per la popolazione italiana. I punteggi normativi per padri e madri non sono differenziati (Tabella 2).

Tab. 2 Punteggi normativi FACES-IV per adolescenti e genitori

FACES IV	Adolescenti	Genitori
Coesione	26,96	50,29
Flessibilità	25,66	49,68
Disimpegno	16,88	49,06
Invischiamento	16,47	50,34
Rigidità	20,77	51,59
Caoticità	16,93	49
Comunicazione	31	31
Soddisfazione	33,4	33,4

Nel Gruppo 1, le adolescenti superano i punteggi normativi di tutte le scale dello strumento FACES, tranne che la coesione, comunicazione e soddisfazione, che è significativamente più bassa nel Gruppo 1 ($p < 0.01$). Le madri del Gruppo 1, rispetto ai punteggi normativi, riportano punteggi significativamente più alti nell'invischiamento, rigidità e caoticità ($p < 0.01$). Infine, rispetto ai punteggi normativi, i padri del Gruppo 1 riportano punteggi significativamente più elevati nelle

scale di disimpegno, invischiamento, rigidità, caoticismo ($p < 0.01$). La tabella 3 mostra le medie e deviazioni standard dei punteggi riportati da adolescenti, madri e padri al FACES-IV nel Gruppo 2.

Tab. 3 Medie (DS) dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori Gruppo 2

FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	46,47 (15,50)	18,85 (11,95)	48,15 (18,51)
Flessibilità	20,55 (16,08)	19,77 (17,84)	36,05 (17,08)
Disimpegno	55,82 (27,40)	88,62 (8,46)	67,62 (19,70)
Invischiamento	80,72 (14,12)	64,27 (17,47)	65,52 (17,13)
Rigidità	49,87 (19,85)	81,92 (13,47)	53,10 (21,16)
Caoticità	95,27 (2,39)	95,75 (3,27)	92,50 (5,15)
Comunicazione	21,05 (9,52)	52,37 (14,07)	38,40 (11,38)
Soddisfazione	23,52 (14,96)	54,40 (20,82)	30,97 (15,74)

Le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; $p < 0.001$) evidenziano che le adolescenti del Gruppo 2, con diagnosi di Bulimia Nervosa, mostrano punteggi significativamente più bassi rispetto ai loro genitori nella scala della comunicazione ($F_{(2,117)} = 70.58$; $p < 0.01$); le adolescenti riportano anche punteggi significativamente più elevati di quelli di entrambi i genitori rispetto alla scala dell'invischiamento ($F_{(2,117)} = 12.60$; $p < 0.01$). Le madri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più bassi rispetto alle figlie e ai padri nella scala della coesione ($F_{(2,117)} = 44.74$; $p < 0.01$) e punteggi più elevati nella scala della rigidità ($F_{(2,117)} = 36.49$; $p < 0.01$) rispetto agli altri membri familiari. I padri dello stesso gruppo registrano punteggi significativamente più elevati rispetto alle figlie e alle madri nella scala della flessibilità ($F_{(2,117)} = 11.63$; $p < 0.01$). Le adolescenti con diagnosi di Bulimia Nervosa descrivono le proprie famiglie come invischiata e con scarsa comunicazione tra i membri. Le madri delle adolescenti, invece, rispetto alle figlie e ai padri, percepiscono le proprie famiglie come meno unite e più rigide.

Nel Gruppo 2 le adolescenti superano i punteggi normativi di riferimento nelle scale della coesione, disimpegno, invischiamento, rigidità e caoticità ($p < 0.01$). Inoltre, i punteggi riportati dalle adolescenti nella scala della flessibilità sono significativamente più bassi rispetto ai punteggi normativi ($p < 0.01$). Sempre in riferimento ai punteggi normativi, le madri del Gruppo 2 riportano

punteggi significativamente più elevati nelle scale di disimpegno, invischiamento, rigidità e caoticismo ($p < 0.01$), ma punteggi inferiori nelle scale della coesione e della flessibilità ($p < 0.01$). I padri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più elevati dei riferimenti normativi nelle scale disimpegno, invischiamento e caoticismo ($p < 0.01$). La tabella 4 mostra le medie e deviazioni standard per i punteggi riportati da adolescenti, madri e padri al FACES-IV nel Gruppo 3.

Tab. 4 Medie (DS) dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori Gruppo 3

FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	51,75 (24,19)	55,62 (19,65)	47,95 (21,52)
Flessibilità	27,27 (18,43)	69,17 (20,78)	33,52 (17,96)
Disimpegno	84,95 (12,85)	70,80 (20,21)	67,12 (22,84)
Invischiamento	70,17 (15,76)	78,60 (17,83)	74,67 (16,93)
Rigidità	54,37 (21,94)	46,85 (23,60)	43,32 (21,89)
Caoticità	96,27 (2,52)	87,32 (6,92)	95,97 (2,54)
Comunicazione	26,30 (8,45)	51,85 (15,87)	42,52 (15,89)
Soddisfazione	13,07 (6,25)	46,62 (17,61)	26,75 (13,20)

Le analisi post hoc (Scheffè post-hoc test; $p < 0.001$) mostrano che le adolescenti del Gruppo 3, con diagnosi di Binge Eating Disorder (BED), riportano punteggi significativamente più elevati dei punteggi riportati dai genitori nella scala del disimpegno ($F_{(2,117)} = 9.70$; $p < 0.01$). Le adolescenti del Gruppo 3, inoltre, riportano punteggi meno elevati dei punteggi dei loro genitori rispetto alla scala della flessibilità ($F_{(2,117)} = 56.01$; $p < 0.01$) e punteggi significativamente più elevati delle madri nella scala del caoticità ($F_{(2,117)} = 51.02$; $p < 0.01$). Le madri riportano punteggi più elevati rispetto ai punteggi sia delle figlie che dei padri nella scala della flessibilità ($F_{(2,117)} = 56.01$; $p < 0.01$), mentre i padri riportano punteggi più elevati dei punteggi delle madri nella scala della caoticità ($F_{(2,117)} = 51.02$; $p < 0.01$).

Le adolescenti del Gruppo 3 superano i punteggi normativi per le scale del disimpegno, invischiamento, rigidità e caoticità ($p < 0.01$). Le madri del Gruppo 3, rispetto ai punteggi normativi, superano i valori per le scale di disimpegno, invischiamento, rigidità, caoticità e comunicazione ($p < 0.01$). I padri del Gruppo 3 riportano punteggi significativamente più bassi nella scala della flessibilità e della rigidità ($p < 0.01$) rispetto ai punteggi riportati dalle madri e dalle figlie, mentre

superano i punteggi normativi per le scale della caoticità ($p < 0.01$). La tabella 5 mostra le medie e deviazioni standard dei punteggi riportati da adolescenti, madri e padri al FACES-IV nel Gruppo 4.

Tab. 5 Medie e d.s. dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori Gruppo 4

FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	74,07 (23,65)	74,12 (25,87)	68,50 (25,66)
Flessibilità	76,97 (25,28)	79,40 (26,65)	79,52 (24,42)
Disimpegno	72,77 (23,19)	70,50 (26,78)	72,85 (23,14)
Invischiamento	56,97 (24,12)	57,67 (28,27)	57,80 (27,23)
Rigidità	84,12 (18,18)	82,05 (18,82)	84,40 (16,43)
Caoticità	78,37 (19,18)	74,20 (20,54)	72,80 (24,67)
Comunicazione	64,25 (25,71)	66,90 (25,42)	62,72 (23,96)
Soddisfazione	63,47 (32,34)	64,72 (31,61)	63,00 (29,36)

L'analisi multivariata della varianza (MANOVA) condotta sui punteggi riportati dalle figlie adolescenti, dalle madri e dai padri appartenenti al Gruppo di controllo relativamente alle sottoscale dello strumento FACES-IV non ha evidenziato differenze significative rispetto al fattore membro familiare ($F_{(2,117)} = 0.399$; p n.s.). Le madri, i padri e le figlie del Gruppo 4 riportano punteggi medi nelle scale della coesione e della flessibilità superiori rispetto a quanto riportato dalle madri, dai padri e dalle figlie dei gruppi clinici. Inoltre, le figlie adolescenti e i genitori del Gruppo 4 riportano punteggi medi nelle scale della comunicazione e soddisfazione familiare più alti rispetto ai punteggi delle figlie anoressiche, bulimiche, con Bing Eating Disorder (BED) e dei rispettivi genitori.

2.1.2. Profili psicologici adolescenziali e rischio psicopatologico dei genitori

L'analisi multivariata della varianza (MANOVA) condotta sui punteggi riportati dalle figlie adolescenti dei Gruppi 1, 2, 3 e 4 alle sottoscale dello strumento SCL-90/R ha evidenziato un effetto del fattore gruppo ($F_{(3,155)} = 212.45$; $p < 0.001$).

La tabella 6 mostra le medie, le deviazioni standard e i valori di cut-off relativamente ai punteggi riportati dalle adolescenti alle sottoscale dello strumento SCL-90/R.

Tab. 6 Medie (DS) dei punteggi SCL-90/R delle adolescenti dei Gruppi 1, 2, 3, e 4

SCL-90/R	G 1	G 2	G 3	G 4	Cut-off
Som	1,08 (0,43)	3,49 (0,29)	0,80 (0,53)	0,48 (0,42)	>1
O-C	3,44 (0,35)	0,78 (0,51)	0,87 (0,66)	0,58 (0,50)	>1
IS	1,25 (0,60)	0,81 (0,52)	3,49 (0,54)	0,55 (0,72)	>1
Dep	3,45 (0,21)	0,79 (0,50)	0,85 (0,57)	0,48 (0,38)	>1
Anx	1,19 (0,52)	1,00 (0,47)	0,90 (0,66)	0,45 (0,41)	>1
Hos	3,44 (0,40)	1,01 (0,55)	0,76 (0,68)	0,41 (0,46)	>1
Phob	1,05 (0,46)	3,47 (0,28)	0,92 (0,53)	0,23 (0,24)	>1
Par	1,10 (0,45)	3,52 (0,29)	0,94 (0,65)	0,58 (0,52)	>1
Psy	1,21 (0,52)	0,91 (0,42)	3,51 (0,38)	0,23 (0,35)	>1

SCL-90/R = Symptom Checklist-90-Revised

Som somatizzazione, O-C ossessione-compulsione, IS sensibilità interpersonale, Dep depressione, Anx ansia, Hos ostilità, Phob ansia fobica, Par ideazione paranoide; PSY psicotismo.

Le adolescenti del Gruppo 1 riportano punteggi significativamente più elevati rispetto alle adolescenti con diagnosi di Bulimia Nervosa e di Binge Eating Disorder (BED) e alle adolescenti del Gruppo di controllo (Scheffè post-hoc test; $p < 0.001$), per quanto riguarda le sottoscale dello strumento SCL 90/R di: depressione ($F_{(3,155)} = 389.39$; $p < 0.001$), ossessione-compulsione ($F_{(3,155)} = 282.63$; $p < 0.001$) e ostilità ($F_{(3,155)} = 264.11$; $p < 0.001$). Inoltre, le adolescenti anoressiche riportano punteggi significativamente più elevati rispetto alle adolescenti del Gruppo 2 nella sottoscala sensibilità interpersonale ($F_{(3,155)} = 195.37$; $p < 0.001$) e psicotismo ($F_{(3,155)} = 435.04$; $p < 0.001$). Le adolescenti del Gruppo 1 superano tutti i valori cut-off della popolazione adolescente italiana di riferimento per le sottoscale dello strumento SCL-90/R (versione italiana validata di Prunas et al., 2012). Le adolescenti del Gruppo 2 riportano punteggi più elevati rispetto alle adolescenti di tutti gli altri gruppi nelle sottoscale della somatizzazione ($F_{(3,155)} = 413.09$; $p < 0.001$), dell'ansia fobica ($F_{(3,155)} = 497.82$; $p < 0.001$) e della paranoia ($F_{(3,155)} = 287.19$; $p < 0.001$). Le adolescenti del Gruppo 2 superano i valori di cut-off della popolazione adolescente italiana di riferimento per queste stesse sottoscale dello strumento SCL-90/R. Le adolescenti del Gruppo 3 riportano punteggi più elevati rispetto alle adolescenti dei Gruppi 1, 3 e 4, nella sottoscala della sensibilità interpersonale ($F_{(3,155)} = 195.37$; $p < 0.001$) e dello psicotismo ($F_{(3,155)} = 435.04$; $p <$

0.001). Inoltre, le adolescenti del Gruppo 3 superano i valori di cut-off della popolazione adolescente italiana di riferimento per queste stesse sottoscale dello strumento SCL-90/R. Infine, le adolescenti del Gruppo 4 riportano punteggi inferiori in tutte le sottoscale dello strumento SCL-90/R rispetto alle adolescenti dei tre gruppi clinici. Le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; $p < 0.001$) indicano che le adolescenti del Gruppo di controllo riportano punteggi significativamente più bassi rispetto alle adolescenti di tutti gli altri gruppi in tutte le sottoscale dello strumento SCL-90/R tranne che nell'ossessione-compulsione. Inoltre, le adolescenti del Gruppo di controllo non superano i valori di cut-off clinici per la popolazione italiana di riferimento relativi alle sottoscale dello strumento SCL-90/R.

Per quanto riguarda il rischio psicopatologico genitoriale, l'analisi della varianza multivariata (MANOVA) condotta sui punteggi riportati dalle madri appartenenti ai Gruppi 1, 2, 3 e 4 alle sottoscale dello strumento SCL-90/R evidenzia un effetto del fattore gruppo ($F_{(3,155)} = 51.18$; $p < 0.05$). La tabella 7 riporta i punteggi medi e le deviazioni standard dei genitori alle sottoscale dello strumento SCL-90/R nei quattro gruppi.

Tab. 7 Medie (DS) dei punteggi SCL-90/R dei genitori dei Gruppi 1, 2, 3, e 4

	G 1		G 2		G 3		G 4	
SCL-90/R	Madri	Padri	Madri	Padri	Madri	Padri	Madri	Padri
Som	0,94 (0,55)	0,65 (0,43)	0,74 (0,32)	0,36 (0,30)	0,67 (0,65)	0,39 (0,29)	0,60 (0,47)	0,50 (0,36)
O-C	1,06 (0,65)	2,85 (0,21)	0,77 (0,74)	2,82 (0,24)	0,62 (0,53)	2,78 (0,23)	0,51 (0,42)	0,38 (0,37)
IS	0,89 (0,67)	0,46 (0,34)	0,76 (0,45)	0,52 (0,38)	0,71 (0,57)	0,23 (0,21)	0,45 (0,43)	0,39 (0,42)
Dep	3,45 (0,51)	0,46 (0,30)	0,91 (0,59)	0,34 (0,28)	0,64 (0,41)	0,37 (0,33)	0,51 (0,49)	0,36 (0,35)
Anx	0,85 (0,56)	2,92 (0,21)	0,89 (0,37)	2,89 (0,22)	0,78 (0,70)	2,91 (0,26)	0,45 (0,46)	0,30 (0,31)
Hos	1,07 (0,80)	0,50 (0,54)	0,85 (0,53)	0,33 (0,32)	0,95 (0,81)	0,26 (0,34)	0,32 (0,35)	0,37 (0,38)
Phob	1,07 (0,71)	2,84 (0,27)	1,68 (0,38)	2,78 (0,34)	2,44 (0,52)	2,83 (0,26)	0,29 (0,36)	0,10 (0,18)
Par	0,92 (0,58)	0,53 (0,47)	0,96 (0,53)	0,40 (0,35)	1,12 (0,49)	0,16 (0,23)	0,44 (0,40)	0,38 (0,38)
Psy	0,90 (0,74)	0,58 (0,39)	1,12 (0,63)	0,33 (0,24)	3,19 (0,42)	0,25 (0,23)	0,26 (0,37)	0,16 (0,24)

SCL-90/R = Symptom Checklist-90-Revised

Som somatizzazione, O-C ossessione-compulsione, IS sensibilità interpersonale, Dep depressione, Anx ansia, Hos ostilità, Phob ansia fobica, Par ideazione paranoide; PSY psicoticismo.

Le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; $p < 0.05$) indicano che le madri del Gruppo 1 riportano punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 2, del Gruppo 3 e del Gruppo 4 nella

sottoscala della depressione ($F_{(3,155)} = 300.09$; $p < 0.001$). Le madri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 1 nella sottoscala della ansia fobica ($F_{(3,155)} = 124.21$; $p < 0.001$), e punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 4 nelle sottoscale dell'ansia ($F_{(3,155)} = 5.33$; $p < 0.001$) e dell'ostilità ($F_{(3,155)} = 10.14$; $p < 0.001$). Le madri del Gruppo 3 riportano punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 1, del Gruppo 2 e del Gruppo 4 nelle sottoscale dell'ansia fobica ($F_{(3,155)} = 124.21$; $p < 0.001$) e dello psicoticismo ($F_{(3,155)} = 201.43$; $p < 0.001$). Le madri del Gruppo 4 riportano punteggi medi più bassi in tutte le sottoscale SCL90/R rispetto alle madri appartenenti a tutti i gruppi clinici. In particolare, riportano punteggi significativamente più bassi delle madri del Gruppo 1, Gruppo 2 e Gruppo 3 nella sottoscala dell'ostilità, ansia fobica, paranoia e psicoticismo.

Le madri delle adolescenti anoressiche manifestano maggiore depressione rispetto alle madri delle adolescenti bulimiche, delle adolescenti con Binge Eating Disorder e delle adolescenti senza diagnosi di DCA. Le madri del Gruppo 1 superano i valori di cut-off per la popolazione italiana di riferimento (Prunas et al., 2012) nelle sottoscale dello strumento SCL-90/R di: ossessione-compulsione, depressione, ostilità, ansia fobica. Le madri delle adolescenti bulimiche tendono a mostrare maggiore ansia fobica rispetto alle madri delle anoressiche e maggiore ostilità rispetto alle madri del gruppo di controllo. I punteggi riportati dalle madri del Gruppo 2 alle sottoscale SCL-90/R superano i valori di cut-off per la popolazione italiana di riferimento (Prunas et al., 2012) per le sottoscale di ansia fobica e psicoticismo. Le madri delle adolescenti con Binge Eating Disorder (BED) manifestano maggiore sintomi di ansia fobica e psicoticismo rispetto alle madri di tutti gli altri gruppi e superano i cut-off di riferimento per la popolazione italiana nelle sottoscale dell'ansia fobica, paranoia e psicoticismo. Le madri delle adolescenti del Gruppo 4 manifestano minore sintomatologia di tipo ostile, paranoideo e psicotico e non superano i valori di cut-off clinici per le sottoscale dello strumento SCL-90/R.

La MANOVA condotta sui punteggi riportati dai padri dei Gruppi 1, 2, 3 e 4 alle sottoscale dello strumento SCL-90/R evidenzia un effetto del fattore gruppo ($F_{(3,155)} = 54.91$; $p < 0.05$).

Precisamente, le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; $p < 0.05$) evidenziano che i padri del Gruppo 1 riportano punteggi più elevati dei padri del Gruppo 2, Gruppo 3 e Gruppo 4 nella sottoscala dello psicoticismo ($F_{(3,155)} = 15.08$; $p < 0.001$). I punteggi riportati dai padri del Gruppo 1, inoltre, superano i valori di cut-off clinici per la popolazione italiana di riferimento nelle sottoscale ossessione compulsione, ansia e ansia fobica. I padri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più alti dei padri del Gruppo 3 nelle sottoscale della sensibilità interpersonale ($F_{(3,155)} = 5.20$; $p < 0.05$) e paranoia ($F_{(3,155)} = 6.58$; $p < 0.05$). I padri del Gruppo 3 riportano punteggi significativamente più alti dei padri del Gruppo 4 nelle sottoscale dell'ossessione-compulsione ($F_{(3,155)} = 786.02$; $p < 0.05$) e ansia fobica ($F_{(3,155)} = 985.69$; $p < 0.05$). I punteggi riportati dai padri del Gruppo 2 e dai padri del Gruppo 3 superano i valori di cut-off clinici per la popolazione italiana di riferimento nelle sottoscale ossessione compulsione, ansia e ansia fobica. I padri del Gruppo 4 riportano punteggi significativamente inferiori rispetto ai padri del Gruppo 1, Gruppo 2 e Gruppo 3 nelle sottoscale dell'ossessione-compulsione, ansia e ansia fobica. I padri del Gruppo 4, infine, non superano i cut-off clinici di riferimento per la popolazione italiana relativamente alle sottoscale dello strumento SCL-90/R.

2.1.3. Associazione tra funzionamento familiare percepito dalle adolescenti e profili psicopatologici adolescenziali

Allo scopo di valutare la possibile associazione tra la percezione del funzionamento familiare delle adolescenti e i loro profili di funzionamento psicologico nei Gruppi 1, 2, 3 e 4 sono state condotte alcune analisi di regressione di tipo lineare. Nelle analisi di regressione sono stati utilizzati come variabile indipendente o predittore (V.I.) l'indice GSI (Global Severity Index) adolescenti dello strumento SCL-90/R, che riporta l'intensità del livello di disagio psichico lamentato dal soggetto, e come variabile dipendente o criterio (V.D.) l'indice della Ratio Globale adolescenti dello strumento FACES-IV, rappresentato dal rapporto tra le scale bilanciate (coesione, flessibilità) e le scale sbilanciate (invischiamento, disimpegno, rigidità, caoticismo). I risultati mostrano che nel Gruppo 1

il punteggio GSI riportato dalle adolescenti allo strumento SCL-90/R predice il punteggio Ratio Globale relativo allo strumento FACES-IV ($R^2 = 0.101$; $\beta = 0.31$; $T = 2.06$; $p < 0.05$). Nel Gruppo 2, nel Gruppo 3 e nel Gruppo 4 non si registrano associazioni significative tra i punteggi di Ratio Globale ed i punteggi GSI ottenuti dalle adolescenti ($p > .05$). I dati di questo primo insieme di analisi evidenziano che la sintomatologia nelle adolescenti anoressiche influenza la loro percezione del funzionamento familiare.

2.1.4. Associazione tra funzionamento familiare percepito dalle adolescenti e rischio psicopatologico genitoriale

Per valutare le possibili associazioni tra i profili psicopatologici genitoriali nei Gruppi 1, 2, 3, e 4 e il funzionamento familiare così come percepito dalle adolescenti sono state condotte ulteriori analisi di regressione semplice. Nelle analisi di regressione sono stati utilizzati come variabile predittore l'indice GSI (Global Severity Index) dello strumento SCL-90/R riportato dalle madri e dai padri e come variabile criterio l'indice Ratio Globale dello strumento FACES-IV riportato dalle adolescenti. Per quanto riguarda il Gruppo 1, le analisi indicano un'associazione significativa tra l'Indice Ratio Globale delle sottoscale dello strumento FACES-IV riportato dalle adolescenti e l'indice GSI dello strumento SCL-90/R delle loro madri ($R^2 = 0.10$; $\beta = 0.31$; $T = 2.01$; $p < 0.05$). Inoltre, sempre nel Gruppo 1, le analisi di regressione evidenziano che l'indice GSI dei padri predice l'indice Ratio Globale delle figlie adolescenti ($R^2 = 0.22$; $\beta = 0.47$; $T = 3.29$; $p < 0.05$). Nel Gruppo 2, le analisi non evidenziano un'associazione significativa tra l'Indice Ratio Globale delle sottoscale dello strumento FACES-IV riportato dalle adolescenti e l'indice GSI dello strumento SCL-90/R delle loro madri ($p > .05$). Inoltre, l'analisi di regressione indica che l'indice GSI dei padri predice l'indice Ratio Globale delle figlie adolescenti ($R^2 = 0.11$; $\beta = 0.33$; $T = 2.15$; $p < 0.05$). Nel Gruppo 3, non vi sono associazioni significative tra l'Indice Ratio Globale FACES-IV riportato dalle adolescenti e l'indice GSI dello strumento SCL-90/R ottenuto dai genitori ($p > .05$).

Relativamente al Gruppo 4, le analisi di regressione non evidenziano associazioni significative tra l'indice Ratio Globale allo strumento FACES-IV delle figlie e il GSI di madri e padri ($p > .05$).

I risultati della serie di regressioni mostrano che nel Gruppo 1 il livello di sintomatologia materna e paterna influenza la percezione del funzionamento familiare delle figlie adolescenti anoressiche. Allo stesso modo, il rischio psicopatologico dei padri del Gruppo 2 predice le rappresentazioni del funzionamento familiare delle figlie adolescenti con diagnosi di Bulimia Nervosa. Nel Gruppo 3 e nel Gruppo 4 non è evidenziato un impatto della sintomatologia paterna sulla percezione del funzionamento familiare delle figlie. Nei Gruppi clinici 2 e 3, così come nel Gruppo di controllo, la sintomatologia materna non predice direttamente la percezione del funzionamento familiare delle figlie adolescenti. Alla luce dei risultati emersi dalle analisi di regressione sull'influenza del rischio psicopatologico genitoriale sul funzionamento familiare percepito dalle figlie adolescenti sono stati approfonditi gli effetti principali e gli effetti di interazione nelle variabili di interesse del Gruppo 1. In particolare, è stata valutata la relazione di interazione tra le variabili di rischio psicopatologico paterno e materno nell'influenzare il funzionamento familiare percepito dalle figlie adolescenti.

Allo scopo di valutare l'interazione tra le variabili psicopatologiche materne e paterne nell'impatto sulle rappresentazioni del funzionamento familiare delle figlie è stato impiegato il programma statistico PROCESS macro for SPSS (Hayes, 2017). Sono stati utilizzati come variabile dipendente l'indice Ratio Globale dello strumento FACES IV riportato dalle figlie adolescenti e come variabile indipendente l'indice SCL-90/R GSI paterno ed è stata inserita una variabile di moderazione rappresentata dall'indice GSI materno allo strumento SCL-90/R. Nel Gruppo 1, i risultati evidenziano l'effetto principale del SCL-90/R GSI paterno nel predire la percezione del funzionamento familiare delle figlie ($t = 2.80; p < .05$). L'effetto di interazione di tipo moderazione del SCL-90/R GSI materno non è risultato significativo ($p > .05$). I risultati di queste analisi evidenziano che l'influenza della sintomatologia paterna sul funzionamento familiare percepito nelle figlie anoressiche è presente indipendentemente dal livello di psicopatologia delle madri.

2.2. Studio di approfondimento sulla comunicazione emotiva genitori-figli

Tenendo in considerazione i risultati emersi nel lavoro di ricerca descritto, si introduce di seguito lo studio di approfondimento svolto su due campioni di ricerca (campione clinico di famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa, composto da N= 16 famiglie, e campione di controllo, composto da N= 15 famiglie). Anche se l'esiguità numerica dei campioni raccolti limita le osservazioni, sono stati rilevati i dati delle figlie adolescenti e dei loro genitori, allo scopo di implementare un piano di valutazione multimetodo dei fattori individuali e relazionali relativi al funzionamento familiare, funzionamento emotivo-comportamentale adolescenziale, rischio psicopatologico genitoriale, qualità della comunicazione emotiva genitori-figli.

2.2.1. Statistiche descrittive delle variabili di funzionamento familiare. Ratio e profili familiari

Relativamente alla percezione del funzionamento familiare nelle famiglie appartenenti al campione clinico, nella Tabella 8 sono riportate medie e deviazioni standard per adolescenti, madri e padri, alle scale dello strumento FACES IV.

Tab. 8 Medie (DS) dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori del campione clinico

FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	58,18 (34,50)	69,31 (27,91)	70,25 (28,99)
Flessibilità	56,75 (31,31)	63,18 (25,09)	70,50 (25,22)
Disimpegno	81,75 (19,98)	69,25 (21,80)	74,31 (25,45)
Invischiamento	63,93 (29,90)	60,81 (28,24)	67,68 (23,60)
Rigidità	76,93 (24,38)	62,50 (30,50)	69,43 (29,51)
Caoticità	80,62 (16,21)	76,62 (16,56)	76,43 (22,86)
Comunicazione	39,68 (27,37)	61,12 (27,00)	61,56 (20,87)
Soddisfazione	34,75 (28,87)	47,43 (26,63)	53,18 (25,10)

Le figlie adolescenti del campione clinico riportano punteggi più bassi rispetto ai genitori nella scale bilanciate della coesione e della flessibilità. Le figlie, inoltre, riferiscono un livello di soddisfazione familiare inferiore a quello riportato dalle madri e dai padri, e riportano anche punteggio medio più basso nella scala della comunicazione in confronto ai genitori dello stesso

gruppo. Le figlie adolescenti riportano inoltre punteggi medi più elevati rispetto a quelli dei genitori nelle scale del disimpegno, rigidità e caoticità. I padri del campione clinico riportano punteggi più elevati rispetto alle madri ed alle figlie nelle scale bilanciate della coesione e della flessibilità. I padri hanno ottenuto inoltre punteggi più elevati delle madri e delle figlie nella scala dell'ipercoinvolgimento. Le madri del campione clinico riportano punteggi medi inferiori rispetto a quelli dei padri in tutte le scale esclusa la caoticità. Le figlie adolescenti del campione clinico superano i valori di cut-off di riferimento per gli adolescenti nella popolazione italiana (Baiocco et al., 2013; Visano et al., 2014) e nella popolazione americana (Olson, 2011) (relativamente alle scale della comunicazione e soddisfazione) in tutte le scale dello strumento FACES-IV. Le madri e i padri del campione clinico superano i punteggi normativi di riferimento per gli adulti in tutte le scale FACES-IV. Le adolescenti anoressiche dunque riferiscono minore soddisfazione e minore livello di comunicazione rispetto al funzionamento delle proprie famiglie in confronto alla percezione dei loro genitori. Riferiscono inoltre un funzionamento familiare meno coeso e meno flessibile, maggiormente rigido, disimpegnato e caotico. I genitori del campione clinico riferiscono maggiore coesione familiare rispetto alle loro figlie e maggiore soddisfazione familiare e comunicazione tra membri rispetto alle adolescenti. I padri riferiscono un funzionamento familiare maggiormente invischiato rispetto alle loro figlie. Relativamente alla percezione del funzionamento familiare nelle famiglie appartenenti al campione clinico, in Tabella 9 sono riportate medie e deviazioni standard per adolescenti, madri e padri, alle scale dello strumento FACES IV.

Tab. 9 Medie (DS) dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori campione di controllo

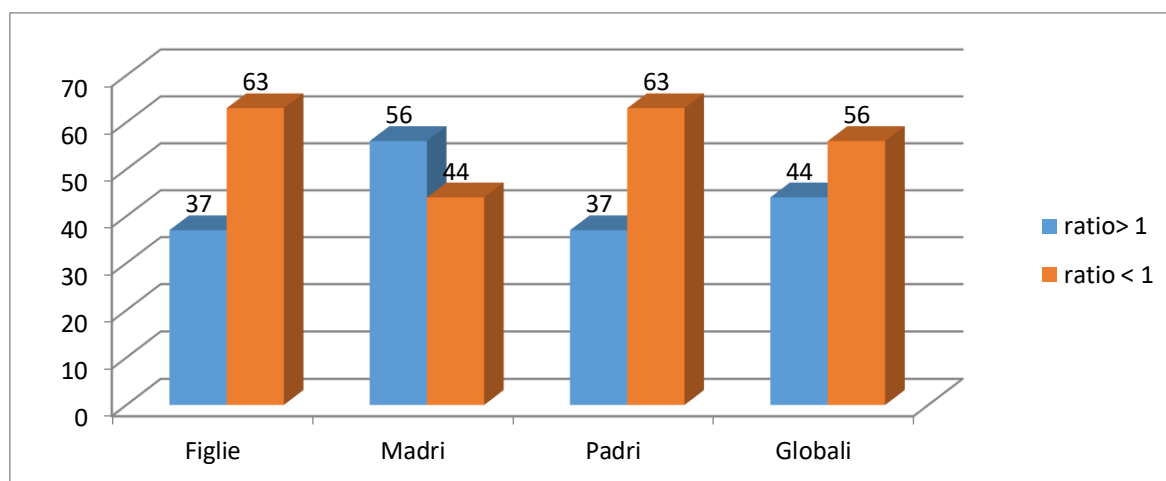
FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	75,46 (25,35)	97,33 (17,47)	86,73 (11,10)
Flessibilità	73,80 (20,73)	82,60 (17,65)	84,26 (14,20)
Disimpegno	59,93 (24,75)	45,20 (26,47)	54,60 (31,62)
Invischiamento	65,60 (21,33)	61,40 (32,16)	62,60 (31,31)
Rigidità	74,66 (22,45)	73,40 (23,23)	78,33 (22,86)
Caoticità	70,40 (17,17)	78,73 (19,78)	80,26 (13,64)
Comunicazione	68,40 (22,19)	77,06 (16,98)	76,06 (18,30)
Soddisfazione	64,86 (23,99)	73,00 (23,43)	73,06 (19,11)

Le figlie adolescenti del campione di controllo riportano punteggi più bassi rispetto ai genitori nella scale bilanciate della coesione e della flessibilità. Le figlie, inoltre, riferiscono un livello di soddisfazione familiare inferiore a quello riportato dalle madri e dai padri dello stesso gruppo e riportano anche punteggio medio più basso nella scala della comunicazione in confronto ai genitori. Le figlie adolescenti riportano inoltre punteggi medi più elevati rispetto a quelli dei genitori nelle scale del disimpegno, invischiamento e rigidità. Le madri del campione di controllo riportano punteggi più elevati delle figlie e dei padri nella scala della coesione e della comunicazione. Rispetto alle figlie, le madri hanno ottenuto punteggi più elevati nella scala della flessibilità e della soddisfazione, e punteggi inferiori nella scala del disimpegno e dell'invischiamento. I padri del campione di controllo riportano i punteggi più elevati rispetto alle madri ed alle figlie nelle scale della coesione e della flessibilità. I padri hanno ottenuto inoltre punteggi più elevati delle madri e delle figlie nella scala della rigidità e della caoticità.

Le figlie adolescenti del campione di controllo superano i punteggi normativi di riferimento per la popolazione adolescenziale italiana (Baiocco et al., 2013; Visano et al., 2014) e americana (Olson, 2011) (relativamente alle scale della comunicazione e soddisfazione) in tutte le scale dello strumento FACES-IV. Anche le madri ed i padri dello stesso gruppo superano tutti i valori di cut-off di riferimento per gli adulti nelle scale FACES-IV. Sostanzialmente, le adolescenti del campione di controllo riferiscono una minore soddisfazione della propria famiglia rispetto ai genitori, riportando anche un minore livello di comunicazione familiare rispetto alle madri ed ai padri. Le figlie adolescenti del campione di controllo riferiscono inoltre un funzionamento familiare caratterizzato da maggiore disimpegno e invischiamento rispetto alla percezione dei loro genitori. Il funzionamento delle famiglie riferito dalle figlie è infine meno coeso e meno flessibile, in confronto a quanto indicato dai genitori, che rappresentano la propria famiglia in termini di maggiore unione tra membri, livelli adeguati di comunicazione e adattabilità.

Per l'approfondimento delle caratteristiche di funzionamento familiare si è assunto come indicatore principale la Ratio, che riporta il rapporto tra i punteggi ottenuti nelle scale familiari bilanciate (le risorse: coesione e flessibilità bilanciate) e nelle scale problematiche (i fattori di rischio: disimpegno, ipercoinvolgimento, rigidità, disorganizzazione). Tale valore, indicando l'equilibrio nella rappresentazione familiare tra le scale bilanciate e non bilanciate, permette di valutare quanto la famiglia si percepisce funzionale, con buona coesione e flessibilità, o al contrario problematica. Quando l'indice è superiore a 1 vi è la prevalenza delle risorse sui fattori di rischio mentre quando è uguale o inferiore a 1 si è di fronte a equilibri familiari instabili con prevalenza dei fattori di rischio (Visani, 2014). Insieme alla valutazione degli indici di Ratio si è ricorsi all'elaborazione dei profili familiari e all'utilizzo della distribuzione media dei valori di ciascuna scala del questionario FACES-IV. Sia nel campione clinico che nel campione di controllo sono state valutate le medie degli interi campioni, per poi dividere le famiglie in famiglie orientate alla salute, con una ratio maggiore di 1, e in famiglie a rischio, con ratio uguale o inferiore a 1. Nella Figura 1 è rappresentata la distribuzione delle ratio nei membri delle famiglie del Gruppo clinico.

Fig. 1 Ratio globali delle famiglie del campione clinico AN suddivise per composizione familiare

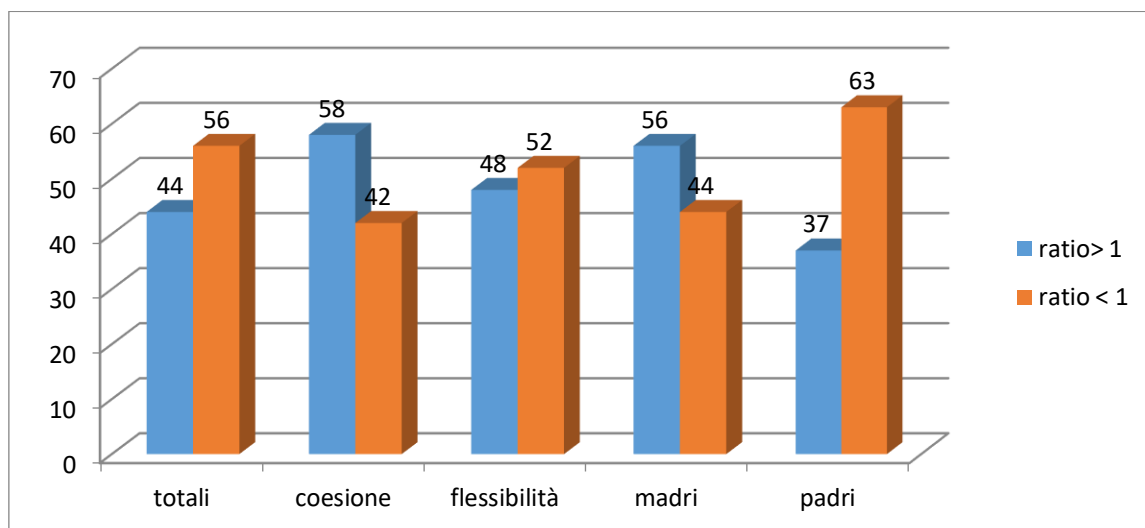


La distribuzione delle ratio mostra che il campione clinico è ripartito in modo non equo, con la maggioranza delle famiglie con ratio inferiori a 1 (ratio < 1 = 56% versus ratio > 1 = 44%), che si percepiscono quindi come sostanzialmente problematiche.

La maggior parte delle figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa propone una rappresentazione complessivamente problematica della propria famiglia di origine (ratio > 1 = 37% versus ratio < 1 = 63%). In particolare, dalla suddivisione tra i membri della famiglia, si nota che i padri e le figlie condividono una visione familiare prevalentemente negativa (ratio > 1 = 37% versus ratio < 1 = 63% in entrambi i casi), mentre le madri sono i soggetti che percepiscono la famiglia in maniera meno problematica rispetto al resto della famiglia (ratio > 1 = 56% versus ratio < 1 = 44%).

La rappresentazione familiare in termini di problematicità riguarda l'area dell'organizzazione familiare, con una leggera prevalenza di un orientamento problematico nella flessibilità (ratio flessibilità < 1 = 48%), mentre la percezione del legame emotivo espressa dai membri è maggiormente orientata verso la salute (ratio coesione > 1 = 58%) (Figura. 2).

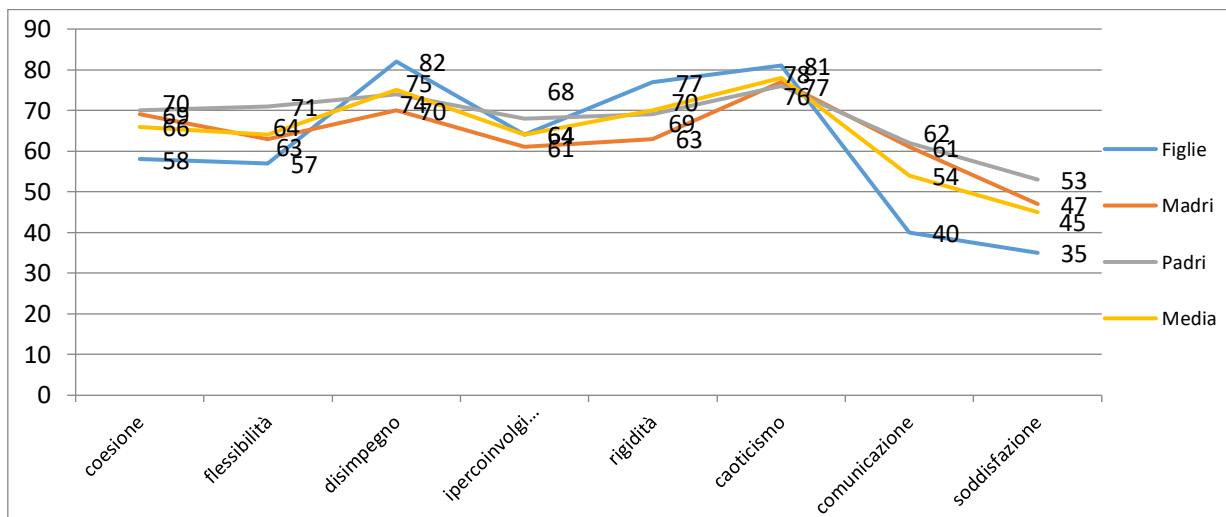
Fig. 2 Ratio globali nel campione clinico complessivo



Il profilo medio (Figura 3) restituisce una famiglia in bilico tra salute e rischio, con elevati valori nelle scale bilanciate di coesione e flessibilità indicativi di una rappresentazione positiva del legame emotivo e dell'organizzazione familiare, ma con i valori più alti nelle scale del disimpegno e del caoticità e i valori più bassi che si trovano nella scala della comunicazione e della soddisfazione. Osservando il percorso di ogni membro familiare nel profilo, si notano valori simili nelle scale dell'ipercoinvolgimento e della caoticità (i familiari condividono la stessa percezione intorno ad un valore medio) ed una differenziazione nella flessibilità e nella coesione bilanciata, rispetto alle quali

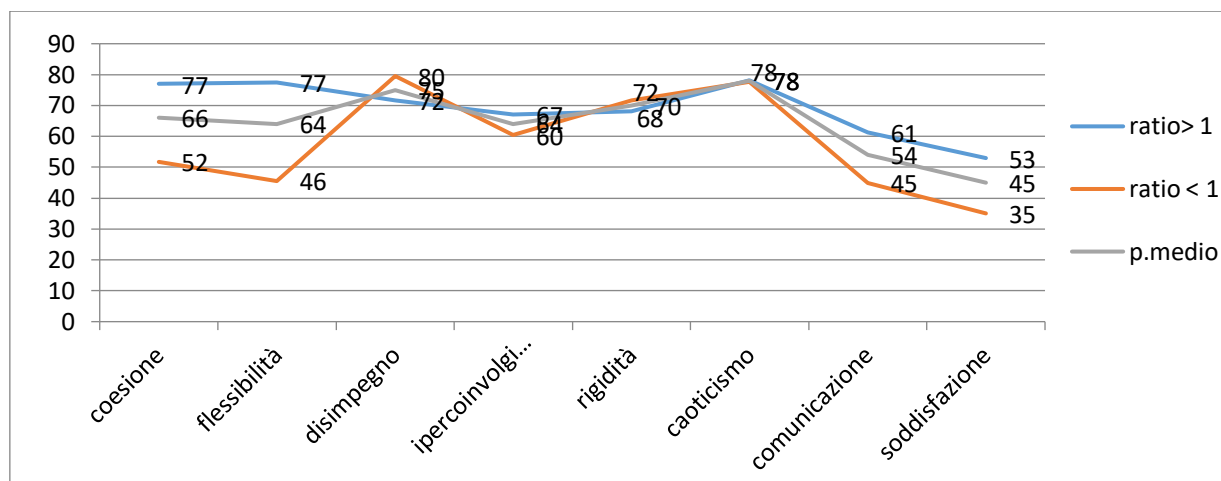
ciascun familiare mostra percezioni diverse. Nelle aree sbilanciate del disimpegno e rigidità le figlie mostrano elevati punteggi marcando la differenza soprattutto con le madri (figlie = 82, madri = 70; figlie = 77, madri = 76 rispettivamente). I padri si posizionano tra le valutazioni delle figlie e delle madri rispetto alle scale sbilanciate del disimpegno, rigidità e caoticità. I padri, inoltre, riportano valori più elevati di tutti gli altri membri nelle scale bilanciate di coesione e flessibilità e nelle scale della soddisfazione e comunicazione, scale in cui è particolarmente rimarcata la differenza figlie-genitori, con le figlie che esprimono le valutazioni peggiori.

Fig. 3 Profilo medio delle famiglie con AN suddiviso per composizione familiare



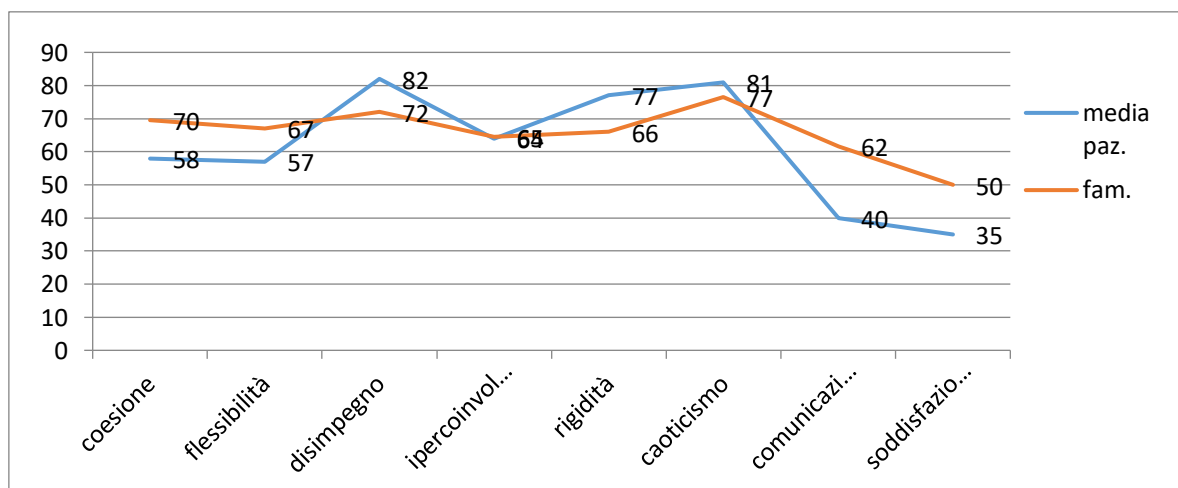
Nella figura 4 si evidenziano le differenze tra le famiglie in cui la media delle ratio era superiore e inferiore a 1, allo scopo di riconoscere i tratti delle famiglie con orientamento alla salute e di quelle problematiche. Il confronto tra le famiglie con ratio maggiore e minore o uguale a 1 mostra andamenti distinti relativamente a diverse scale. Nelle famiglie con ratio maggiore di 1 si evincono i valori più alti nella flessibilità e nella coesione, nella comunicazione e soddisfazione, ed i valori più bassi nelle scale di disimpegno e rigidità. All'opposto, nelle famiglie con ratio minore o uguale ad 1, risultano bassi i valori delle scale bilanciate ed i valori delle scale di soddisfazione e comunicazione, mentre sono alti i valori nella maggior parte delle scale sbilanciate, in particolare il disimpegno e la rigidità.

Fig. 4 Profilo medio e con ratio > 1 e ratio < 1 campione clinico AN



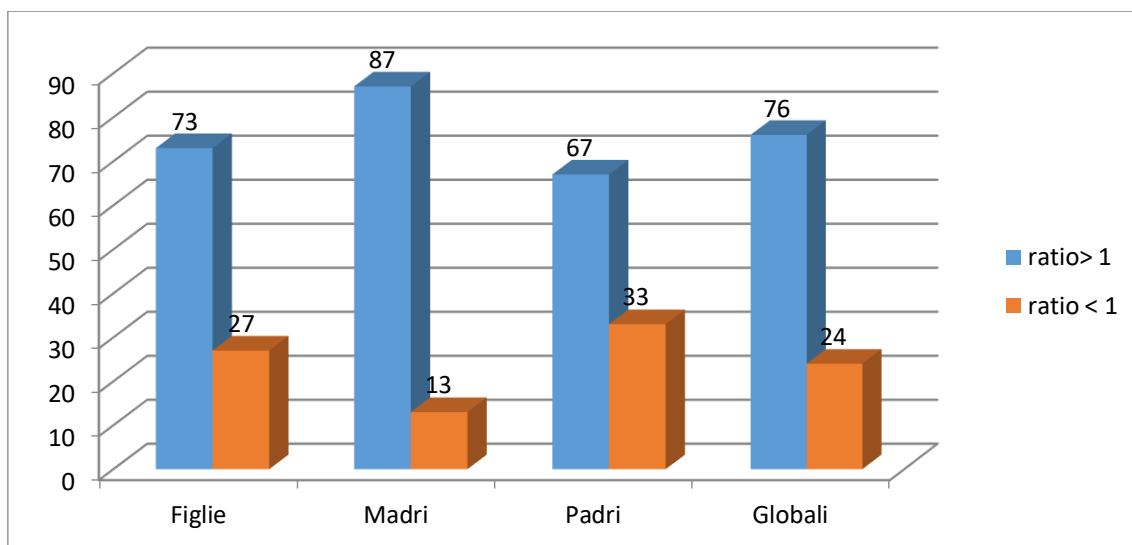
Considerando sempre i dati nel complesso, la discrepanza tra la rappresentazione del funzionamento familiare così come percepito dalle adolescenti e la rappresentazione dei genitori è visibile anche nella Fig. 5, in cui sono riportati i valori medi delle figlie, che esprimono bassi livelli di soddisfazione e comunicazione e elevati livelli di disimpegno, rigidità e caoticità, rispetto alle valutazioni delle madri e dei padri, che riportano valori più elevati nelle scale bilanciate.

Fig. 5 Profilo medio dei familiari e delle figlie adolescenti con diagnosi AN



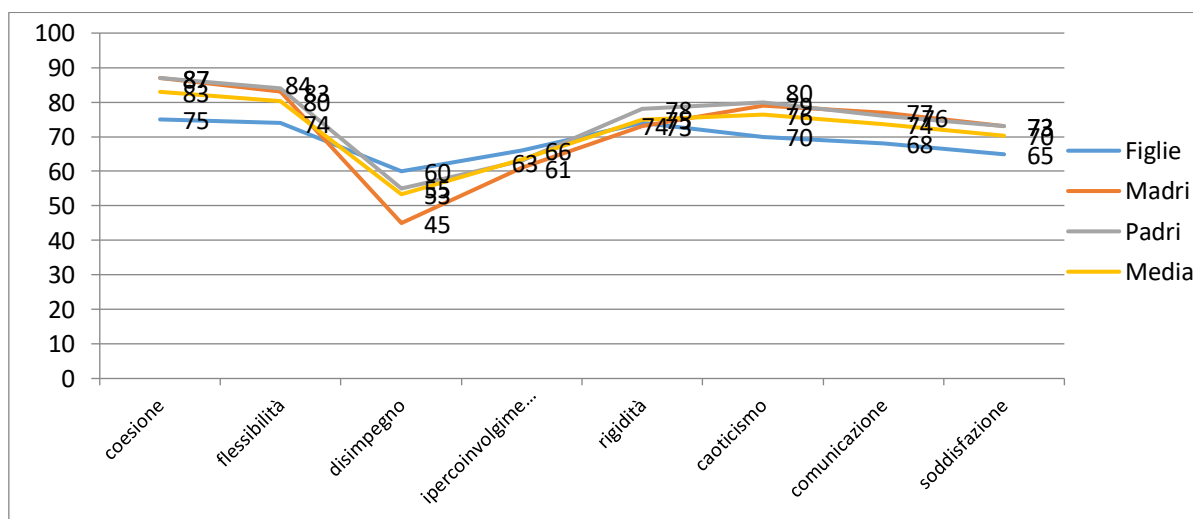
Relativamente al campione di controllo, la distribuzione delle ratio mostra una sostanziale prevalenza della percezione familiare orientata alla salute rispetto alla percezione di una problematicità (ratio > 1 = 76% versus ratio < 1 = 24%). L'andamento delle rappresentazioni familiari positive è particolarmente presente nelle madri (ratio > 1 = 87%) (Figura 6).

Fig. 6 Ratio globali delle famiglie del campione di controllo suddivise per composizione familiare



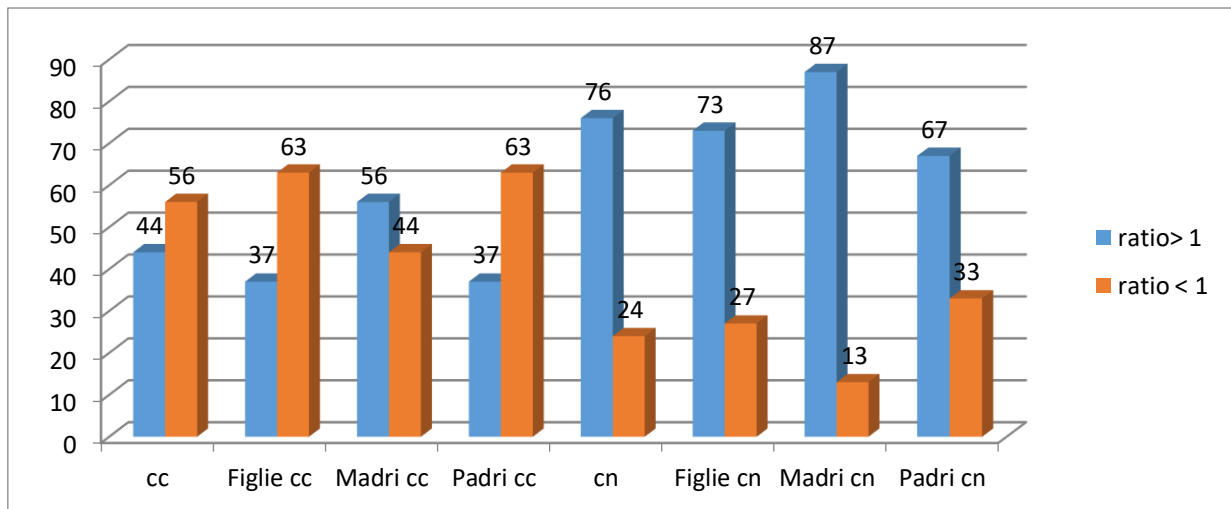
Valutando il profilo medio delle famiglie suddivise per la posizione che ogni membro occupa, tutti i componenti delle famiglie mostrano valori elevati nelle scale bilanciate, con le figlie che si posizionano nei valori più bassi rispetto ai genitori. Sostanzialmente, i genitori e le figlie si collocano intorno ai valori familiari medi rispetto alle scale bilanciate e sbilanciate, mantenendo un andamento simile nella direzione (alti livelli di coesione e flessibilità bilanciate, livelli inferiori nelle scale sbilanciate di disimpegno e ipercoinvolgimento, elevati livelli di comunicazione e soddisfazione percepiti) (Figura 7).

Fig. 7 Profilo medio delle famiglie campione di controllo suddiviso per composizione familiare



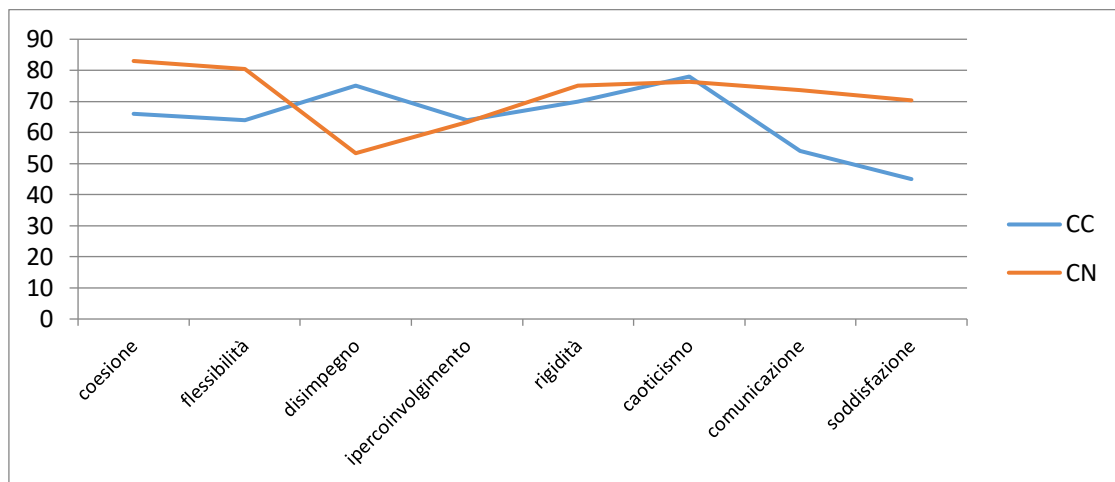
Si propone anche il confronto tra le ratio nelle famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia e Nervosa e nelle famiglie del campione di controllo (Figura 8). La distribuzione delle ratio globali mostra marcate differenze tra le famiglie dei due gruppi. Le famiglie in cui è presente la figlia con Anoressia Nervosa mostrano una prevalenza di persone con ratio negativa (ratio < 1 = 56%), mentre nelle famiglie senza diagnosi DCA avviene l'inverso (ratio > 1 = 76%). Le ratio nei singoli componenti delle famiglie dei due campioni familiari mostra che i padri e le loro figlie anoressiche riferiscono un funzionamento familiare problematico (ratio > 1 = 37% versus ratio < 1 = 63% in entrambi i casi), mentre tutti i membri del campione di controllo mostrano sempre un orientamento verso la salute (ratio > 1 figlie = 73%, madri = 87%; padri = 67 % rispettivamente). In entrambi i campione le madri mostrano una percezione più positiva delle proprie famiglie rispetto i padri ed alle figlie (ratio > 1 madri campione clinico = 56%; ratio > 1 madri campione di controllo = 87%).

Fig. 8 Ratio nelle famiglie con Anoressia Nervosa e nelle famiglie senza diagnosi DCA



Le differenze tra i due campioni rispetto alle singole scale bilanciate e sbilanciate sono sinteticamente osservabili nella Figura 9, in cui si evidenziano i profili medi familiari. Si notino le differenze nei valori assunti in particolare dalle scale della coesione e flessibilità e nei punteggi medi di comunicazione e soddisfazione percepiti, tutti presenti in misura inferiore nel campione clinico.

Fig. 9 Profili familiari medi delle famiglie con AN e delle famiglie del campione di controllo



2.2.2. Statistiche descrittive delle variabili di funzionamento psicologico in genitori e figlie

In riferimento alla valutazione del rischio psicopatologico genitoriale, le madri del campione clinico riportano punteggi medi più elevati dei padri nelle scale SCL-90/R di somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale. I padri del campione clinico invece ottengono punteggi più elevati delle madri nelle scale di ostilità, paranoia e psicotismo. Nel campione di controllo, le madri presentano una media più alta dei padri in tutte le scale SCL-90/R. Sia i genitori del campione clinico che i genitori del campione di controllo non superano i valori di cut-off di riferimento per le sottoscale SCL-90/R (versione italiana validata di Prunas et al., 2012).

In riferimento alla valutazione del funzionamento emotivo e comportamentale delle figlie adolescenti, le adolescenti appartenenti al campione clinico ottengono punteggi medi marcatamente più elevati (pari al doppio) rispetto alle adolescenti del campione di controllo nella scala totale dei problemi YSR 11/18. In particolare, le adolescenti anoressiche presentano una media più elevata rispetto alle adolescenti senza diagnosi di DCA nelle dimensioni internalizzanti ed esternalizzanti. Inoltre, le adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa mostrano punteggi medi più elevati nella scala della dimensione internalizzante rispetto alla esternalizzante, mentre nel campione di controllo avviene l'inverso. Per quanto riguarda la capacità delle adolescenti di identificare e descrivere le proprie emozioni, le adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa mostrano punteggi più elevati rispetto alle adolescenti del campione di controllo nelle scale F1 (difficoltà a identificare le

emozioni) e F2 (difficoltà a comunicare le emozioni) dello strumento TAS-20. Nel campione clinico, tutti i soggetti superano i cut-off scores per la diagnosi di alessitimia, mentre nel campione normativo, 4 soggetti superano i valori di riferimento per la definizione di alessitimia. Infine, le adolescenti del campione clinico riportano punteggi medi più elevati delle adolescenti del campione di controllo nella scala totale dell'impulsività.

2.2.3. Analisi correlazionali tra le variabili misurate dagli strumenti self-report

Si riportano i principali risultati delle analisi correlazionali (coefficiente di correlazione r di Pearson) condotte sui punteggi ottenuti dalle adolescenti e dai loro genitori agli strumenti di misura self-report nel campione clinico (Tabelle 10, 11, 12).

Tab. 10 Correlazioni tra i punteggi FACES-IV delle adolescenti e dei genitori del campione clinico

Adolescenti				Madri				
	Coesion	Flessibilità	Disimpegno	Invischiam.	Rigidità	Caoticità	Comunicaz.	Soddisfaz.
Coesione	,54*	,41	-,25	,13	,15	-,55*	,41	,44
Flessibilità	,57*	,41	-,19	,07	,08	-,41	,51*	,52*
Disimpegno	-,36	-,42	,04	,34	,08	,34	-,18	-,34
Invischiam.	,02	-,14	-,34	-,28	,26	-,52*	-,09	,16
Rigidità	-,04	-,21	-,08	-,19	,47	-,33	-,07	,37
Caoticità	-,42	-,48	,26	,22	,01	,19	-,23	-,32
Comunicaz.	,46	,32	-,15	-,18	,08	-,43	,42	,67**
Soddisfaz.	,34	,27	-,17	-,05	,15	-,39	,27	,64**
Adolescenti				Padri				
	Coesion	Flessibilità	Disimpegno	Invischiam.	Rigidità	Caoticità	Comunicaz.	Soddisfaz.
Coesione	,12	,23	-,42	,04	-,23	-,02	,24	,35
Flessibilità	,35	,36	-,54*	,04	-,07	,04	,35	,49*
Disimpegno	,16	-,13	,19	,08	,37	,28	,09	,01
Invischiam.	-,28	-,38	,26	-,44	-,68**	,21	,27	,43
Rigidità	-,39	-,51*	-,16	-,63**	-,33	-,00	-,21	,08
Caoticità	,53*	,08	,18	,46	,36	,21	-,27	-,19
Comunicaz.	-,03	,03	-,51*	-,25	-,26	-,16	,11	,21
Soddisfaz.	-,05	,13	-,52*	-,37	-,16	-,28	,06	,23

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Le analisi correlazionali tra i punteggi riportati dalle figlie e dalle madri al FACES IV (Tabella 10) mostrano un'associazione significativa tra le seguenti sottoscale: flessibilità e coesione delle figlie con flessibilità e coesione delle madri ($p < 0,05$); soddisfazione delle madri con flessibilità ($p < 0,05$), comunicazione e soddisfazione delle figlie ($p < 0,01$). Inoltre, si evidenzia un'associazione negativa significativa tra la caoticità materna e la coesione e l'invischiamento nelle figlie ($p < 0,05$). Tra madri e figlie si osserva dunque una concordanza nelle percezioni relative alle scale bilanciate dello strumento FACES (coesione e flessibilità), e nel livello di soddisfazione e comunicazione positive riferite.

Relativamente ai padri e alle figlie del campione clinico si osservano diverse associazioni negative tra le scala individuali, precisamente: la scala del disimpegno paterno e la comunicazione, la soddisfazione e la flessibilità delle figlie ($p < 0,05$); la rigidità nelle figlie con la flessibilità dei padri ($p < 0,05$) e con l'invischiamento dei padri ($p < 0,01$). Associazione positiva è invece riscontrata tra la soddisfazione paterna e la flessibilità delle figlie ($p < 0,05$).

Le analisi correlazionali tra i punteggi riportati dalle figlie al FACES IV ed i punteggi SCL 90/R riportati dai genitori mostrano rilevanti differenze tra le figure materne e paterne (Tabella 11). Nessuna correlazione positiva significativa è riscontrata tra le scale SCL-90 delle madri e la percezione del funzionamento familiare delle figlie.

Al contrario, si rilevano numerose associazioni, di tipo negativo, tra la comunicazione nelle figlie e tutte le scale SCL-90/R paterne tranne che la somatizzazione, ansia, ansia fobica e psicoticismo, e tra la soddisfazione nelle figlie e l'ostilità e la paranoia dei padri ($p < 0,05$). Il complesso di queste correlazioni indica un'importante associazione tra la sintomatologia paterna e la rappresentazione del funzionamento familiare nelle figlie.

Tab. 11 Correlazioni punteggi FACES-IV adolescenti e punteggi SCL-90/R genitori campione clinico

Adolescenti				Madri					
	Som	O-C	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
Coesione	-,19	-,08	,04	,08	-,36	-,24	-,05	-,18	-,18
Flessibilità	-,01	,01	,17	,11	-,23	-,19	-,01	-,05	-,25
Disimpegno	,11	,32	,33	-,06	,27	,19	,27	,36	,01
Invischiam.	-,35	-,47	-,35	-,35	-,28	-,11	-,04	-,09	-,09
Rigidità	-,05	-,42	-,38	-,18	-,27	-,29	-,12	-,22	-,07
Caoticità	,25	,38	,46	,25	,44	,33	,23	,47	,31
Comunicaz.	-,08	-,39	-,26	-,16	-,33	-,39	,12	-,27	-,17
Soddisfaz.	,02	-,23	-,06	,05	-,15	-,15	,16	-,14	-,04
Adolescenti				Padri					
	Som	O-C	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
Coesione	,08	-,09	-,08	-,06	-,02	-,31	,14	-,15	,14
Flessibilità	,06	-,03	-,09	-,01	-,04	-,26	,11	-,18	,04
Disimpegno	-,31	,24	,36	,23	,01	,38	,17	,43	-,03
Invischiam.	-,39	-,31	-,02	-,33	-,21	-,33	,18	-,20	-,18
Rigidità	-,38	-,43	-,11	-,31	-,33	-,49	-,20	-,53*	-,41
Caoticità	,07	,19	,02	,17	,12	,28	-,08	,29	,27
Comunicaz.	-,16	-,54*	-,55*	-,49*	-,35	-,70**	-,41	-,70**	-,24
Soddisfaz.	,21	-,42	-,47	-,36	-,28	-,56*	-,34	-,59*	-,17

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

SCL-90/R = Symptom Checklist-90-Revised

Som somatizzazione, O-C ossessione-compulsione, IS sensibilità interpersonale, Dep depressione, Anx ansia, Hos ostilità, Phob ansia fobica, Par ideazione paranoide; PSY psicoticismo.

Relativamente alla percezione del funzionamento familiare e al funzionamento emotivo-comportamentale delle figlie del campione clinico, si riporta una correlazione negativa significativa tra la dimensione della rigidità e la sintomatologia di tipo ritiro/depressione ($p < 0,05$) problemi attentivi ($p < 0,01$) e comportamento aggressivo ($p < 0,05$).

In riferimento alle associazioni tra il rischio psicopatologico genitoriale e il funzionamento emotivo-comportamentale delle figlie (Tabella 12) si osserva un numero più elevato di correlazioni tra le variabili delle figlie e dei padri rispetto alle correlazioni tra madri e figlie. In particolare, i sintomi paterni di ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ostilità, ansia

fobica e paranoia, sono positivamente associati con l'ansia/depressione, i problemi sociali e i problemi di pensiero delle figlie. Minori le associazioni riscontrate tra le scale materne SCL-90 e le scale delle figlie YSR, tra cui l'associazione positiva tra i problemi attentivi delle figlie e l'ossessione, la sensibilità interpersonale, l'ostilità e la paranoia materna.

Tab. 12 Correlazioni punteggi YSR adolescenti e punteggi SCL-90/R genitori campione clinico

Adolescenti	Madri								
	Som	O-C	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
Ritiro/Depressione	-,11	,46	,28	-,02	,23	,34	,28	,20	,01
Lamentele somat.	,52*	,43	,38	,43	,33	,41	,19	,43	,12
Ansia/Depressione	,18	,48	,47	,35	,22	,41	,05	,33	,28
Problemi sociali	-,01	,42	,35	,07	,17	,35	,18	,22	,05
Problemi pensiero	,20	,43	,36	,26	,33	,51*	-,03	,29	,23
Problemi attentivi	,35	,65**	,55*	,36	,49	,61*	,32	,50*	,18
Comportamento delinquenziale	,51*	,46	,72**	,58*	,41	,37	,19	,52*	,26
Comportamento aggressivo	,36	,38	,36	,45	,24	,32	,05	,38	,25
Adolescenti	Padri								
	Som	O-C	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
Ritiro/Depressione	-,04	,52*	,33	,42	,29	,53*	,33	,51*	,36
Lamentele somat.	,05	,39	,21	,30	,14	,36	,52*	,15	,06
Ansia/Depressione	,13	,56*	,53*	,59*	,42	,64**	,62*	,52*	,41
Problemi sociali	,05	,64**	,61*	,60*	,43	,63**	,67**	,61*	,27
Problemi pensiero	,21	,56*	,59*	,59*	,42	,68**	,59*	,52*	,24
Problemi attentivi	,32	,41	,21	,31	,08	,57*	,36	,53*	,32
Comportamento delinquenziale	,48	,17	,12	,23	,03	,25	,17	,22	,14
Comportamento aggressivo	,16	,49	,33	,38	,35	,46	,59*	,47	,28

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

SCL-90/R = Symptom Checklist-90-Revised

Som somatizzazione, O-C ossessione-compulsione, IS sensibilità interpersonale, Dep depressione, Anx ansia, Hos ostilità, Phob ansia fobica, Par ideazione paranoide; PSY psicoticismo.

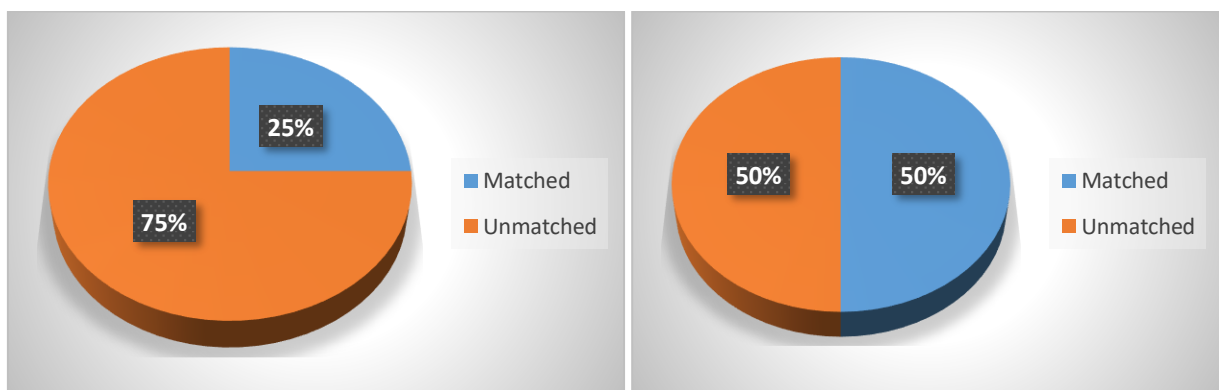
Infine, relativamente alle correlazioni tra i punteggi delle adolescenti allo strumento YSR e i punteggi allo strumento TAS-20 e BIS-11, il punteggio delle figlie Factor 1 alla scala TAS-20, indicativo della difficoltà nell'identificare le emozioni, correla positivamente con i sintomi di

ritiro/depressione, problemi sociali, problemi di pensiero e attentivi. Inoltre, i punteggi delle adolescenti alla scala totale BIS-11 correlano positivamente con il ritiro/depressione e con la somatizzazione.

2.2.4. Statistiche descrittive dei dati ricavati dallo strumento AEED: classificazioni finali

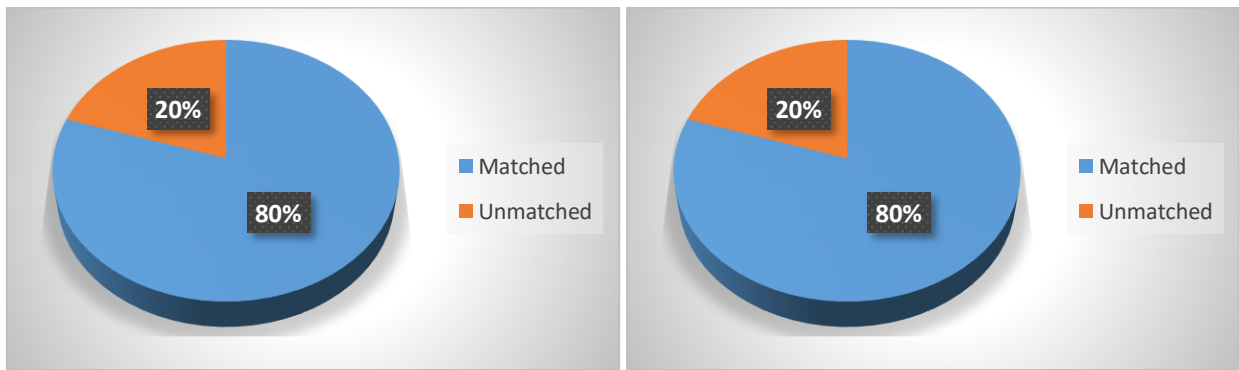
Lo strumento AEED è stato somministrato ai 16 nuclei familiari (16 diadi madri-figlie e 16 diadi padri-figlie) appartenenti al campione clinico di famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa e ai 15 nuclei familiari (15 diadi madri-figlie e 15 diadi padri-figlie) appartenenti al campione di controllo, per un totale di 62 dialoghi raccolti. Si riportano di seguito le statistiche riassuntive riferite alle principali variabili di interesse, contenenti le informazioni più salienti presenti nei dati clinici. Nel campione clinico, relativamente alle conversazioni a contenuto emotivo prodotte, la maggior parte delle diadi madri-figlie (75%) ha ottenuto una classificazione di tipo *Non-emotionally Matched*. Le diadi padre-figlie hanno invece ottenuto una classificazione dei dialoghi costruiti di tipo *Emotionally matched (EM)* nel 50% dei casi e di tipo *Non-emotionally Matched* nel restante 50% (Figure 10-11).

Fig. 10-11 Classificazioni Finali delle diadi Madri-Figlie e Padri-Figlie nel campione clinico



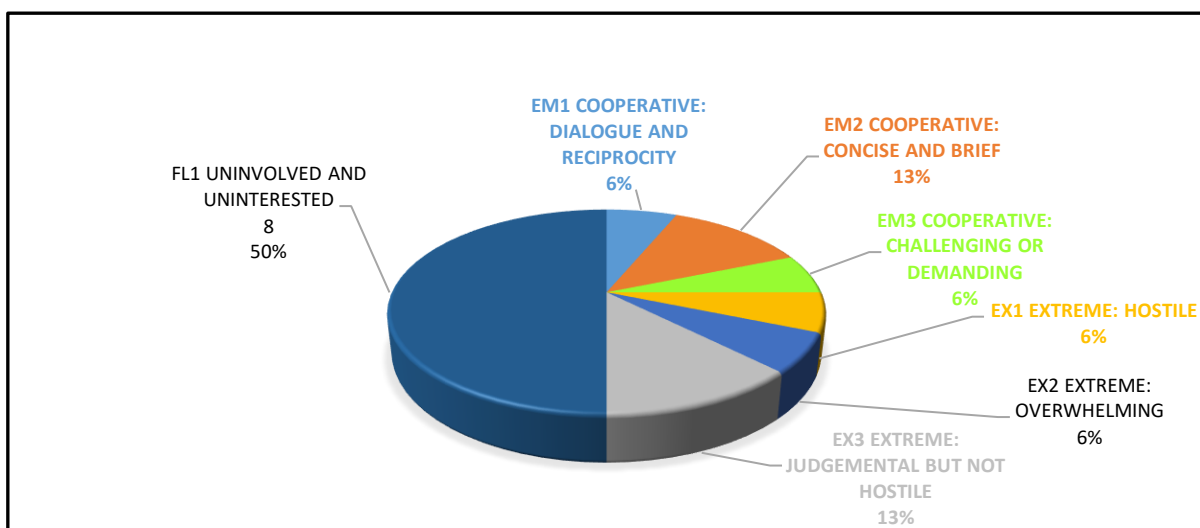
Per quanto riguarda le famiglie con figlie senza DCA, osservando la distribuzione nel campione delle tipologie di classificazione finale, si nota che la maggior parte delle diadi, sia quelle composte da madri e figlie (80%), che quelle composte da padri e figlie (80%), ricade nella categoria di *Emotionally matched (EM)* (Figure 12-13).

Fig. 12-13 Classificazioni Finali delle diadi Madri-Figlie e Padri-Figlie nel campione di controllo



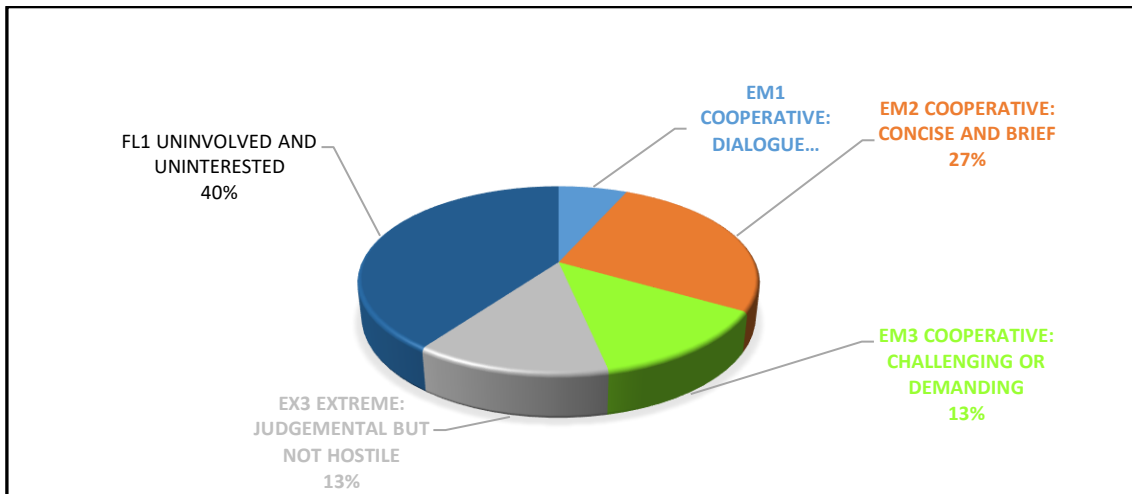
In riferimento alle specifiche sottocategorie delle classificazioni, nel campione clinico due diadi madri-figlie sono classificate come *Emotionally matched* nella tipologia *Concise and brief*, una diade è classificata *Emotionally matched* nella tipologia *Dialogue and reciprocity* e un'ultima diade è classificata *Emotionally matched, Challenging or Demanding*. Sempre nel campione clinico, in riferimento alle sottocategorie delle classificazioni *Non-emotionally Matched*, 8 diadi madri figlie (50%) sono classificate come *Non-emotionally Matched Flat, uninvolved*, due diadi sono classificate *Non-emotionally Matched* nella tipologia *Extreme-judgmental but not hostile*, altre due diadi sono classificate rispettivamente come *Non-emotionally Matched- Extreme-Hostile* e *Non-emotionally Matched Extreme Overwhelming* (Figura 14).

Fig.14 Tipologie di classificazione delle diadi Madri-Figlie nel campione clinico



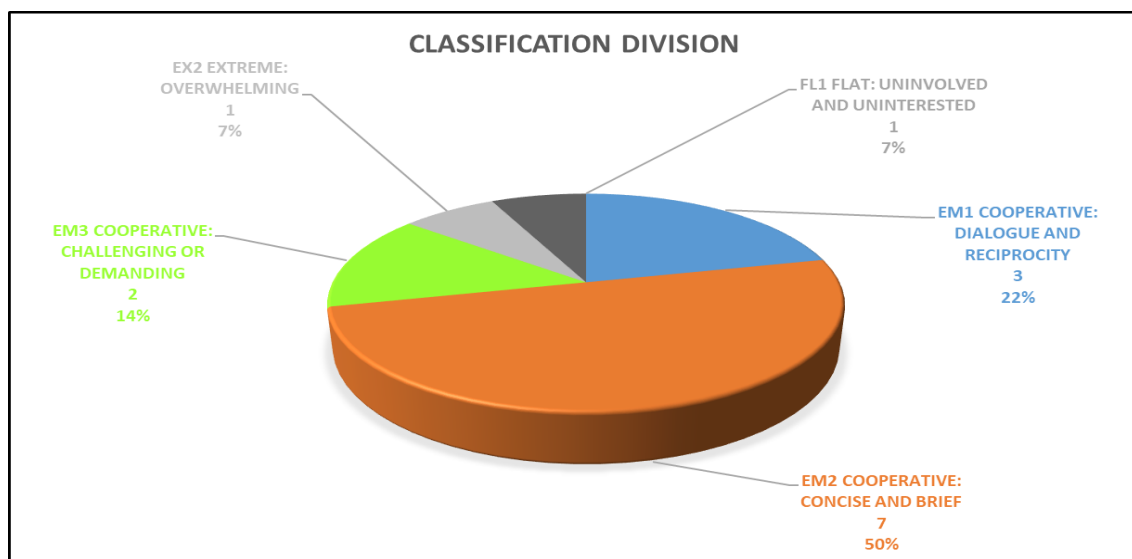
Le diadi padre-figlie appartenenti al campione clinico sono classificate nel 27% dei casi come *Emotionally matched, Concise and brief*. Relativamente alla classificazione di tipo *Emotionally unmatched* (50%), la maggior parte delle diadi padri-figli ricade nella tipologia *Flat, uninvolved*, la restante parte nella tipologia *Extreme-judgmental but not hostile* (Figura 15).

Fig. 15 Tipologie di classificazione delle diadi Padri-Figlie nel campione clinico



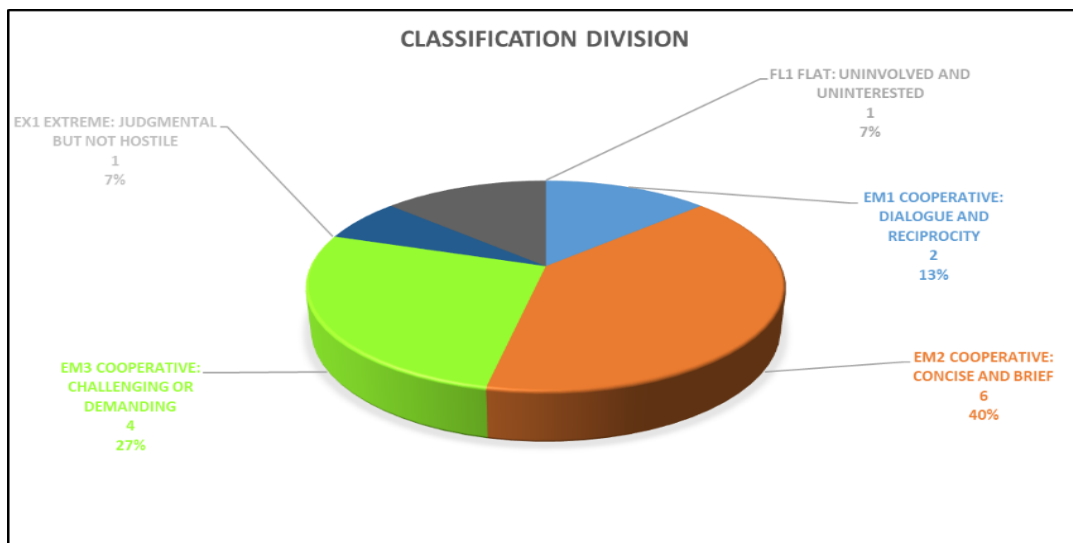
Nel campione di controllo, nel caso delle diadi madri-figlie, la metà delle classificazioni di tipo *Emotionally matched* è di tipo *Concise and Brief*. Inoltre, tra le diadi madri-figli, una diade è classificata come *Non-emotionally Matched* sottocategoria *Extreme-overwhelming*, ed una diade è classificata *Non-emotionally Matched*, nella tipologia *Flat, uninvolved* (Figura 16).

Fig. 16 Tipologie di classificazione delle diadi Madri-Figlie nel campione di controllo



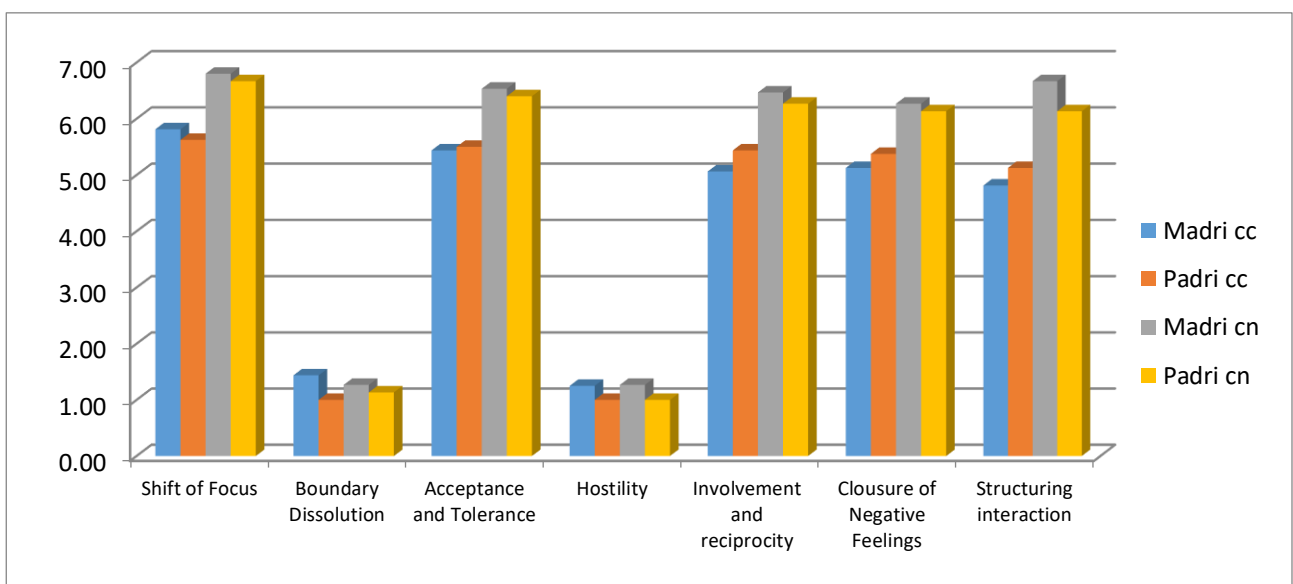
Tra le diadi padri figlie, relativamente alla classificazione *Emotionally matched*, il 40% dei casi ricade nella tipologia *Concise and brief*, il 27% nella tipologia *Challenging or Demanding*. Tra le diadi padri-figlie classificate come *Non-emotionally Matched* (20%), una diade è classificata tipologia *Extreme-judgmental but not hostile* ed una diade è classificata nella sottocategoria *Flat, uninvolved* (Figura 17).

Fig. 17 Tipologie di classificazione delle diadi Padri-Figlie nel campione di controllo



Si propongono di seguito ulteriori dati relativi ai punteggi riportati dai genitori delle diadi madri-figlie e padri-figlie alle sottoscale dello strumento Aeed (Figura 18).

Fig. 18 Punteggi genitoriali alle scale Aeed nel campione clinico e nel campione non clinico

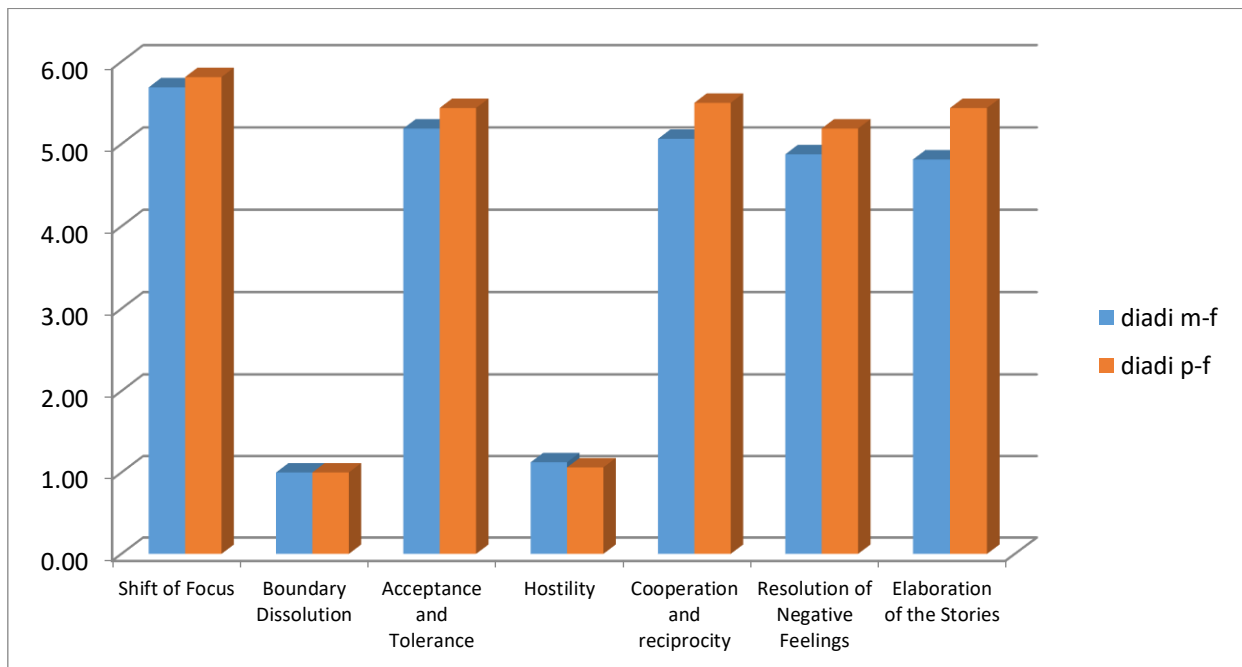


I dati relativi ai punteggi ottenuti dalle madri e dai padri del campione clinico e del campione non clinico alle scale materne/paterne dello strumento AEED evidenziano delle differenze tra il contributo individuale delle madri e dei padri alla costruzione dei dialoghi a contenuto emotivo con le figlie adolescenti. Nel campione clinico, le madri riportano punteggi medi più elevati dei padri nelle scale Shift of focus, Boundary Dissolution, Hostility (si ritrova una differenza significativa tra le madri e i padri nell'analisi della varianza $p < 0,05$ nella scala Boundary Dissolution). Le madri delle adolescenti anoressiche, inoltre, riportano punteggi inferiori rispetto ai padri nelle scale Acceptance and tolerance, Involvement and reciprocity, Closure of negative feelings e Structuring of interaction, che riflettono sostanzialmente il supporto emotivo e l'attenzione materna nei confronti del figlio nel percorso di costruzione delle conversazioni su eventi emotivamente rilevanti per la figlia. I padri del campione clinico riportano dunque punteggi più elevati delle madri relativamente al coinvolgimento, all'accettazione e al sostegno delle emozioni negative delle figlie, dimostrando un contributo individuale alla costruzione congiunta delle conversazioni con le figlie differenziato rispetto alle madri dello stesso campione.

Le madri del campione non clinico superano per punteggi medi i padri del campione non clinico, e anche le madri del campione clinico, nelle scale Acceptance and tolerance, Involvement and reciprocity, Closure of negative feelings e Structuring of interaction, mostrando partecipazione e supporto generale alle figlie nella co-costruzione dei dialoghi. Anche nel campione non clinico, inoltre, le madri riportano punteggi più elevati dei padri nelle scale di Boundary Dissolution e Hostility. I padri del campione non clinico, riportano punteggi più elevati dei padri e delle madri del campione clinico in tutte le scale, a eccezione delle scale Boundary Dissolution e Hostility (si ritrova una differenza significativa tra madri e padri nell'analisi della varianza $p < 0,05$ nella scala Hostility). Da questi primi dati emerge un andamento differenziato delle madri e dei padri in entrambi i campioni rispetto al contributo individualmente offerto alla costruzione dei dialoghi emotivi con le figlie, con un particolare posizionamento della figura paterna, che nel campione clinico raggiunge valori più alti delle madri nella maggior parte delle scale positive in termini di

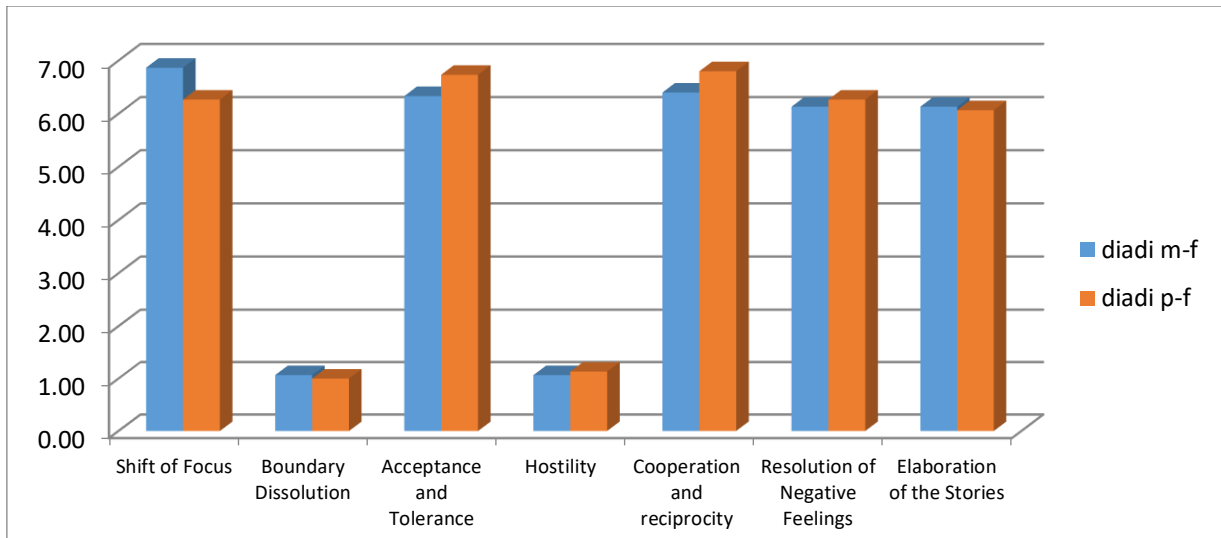
sostegno-vicinanza alle figlie, mentre nel campione non clinico avviene l'inverso. Per quanto riguarda le figlie, nel campione clinico, l'andamento dei punteggi medi ottenuti alle scale individuali dello strumento AEED riflette per diversi aspetti quanto osservato relativamente ai punteggi delle madri e dei padri. Le figlie adolescenti, infatti, nel percorso di costruzione congiunta dei dialoghi all'interno delle diadi adolescenti-padri, raggiungono punteggi medi più elevati nella scale di Acceptance and Tolerance, Cooperation and Reciprocity, Resolution of Negative Feelings e Elaboration of the Stories rispetto ai punteggi riportati nelle conversazioni con le madri (Figura 19).

Fig. 19 Punteggi medi individuali delle figlie in diadi madri-figlie e padri-figlie campione clinico



Nel campione non clinico, le figlie adolescenti raggiungono globalmente punteggi medi più elevati in tutte le scale rispetto alle figlie adolescenti anoressiche. Rispetto al contributo individuale delle figlie nella costruzione dei dialoghi nelle diadi con le madri e con i padri, le adolescenti del campione non clinico riportano punteggi più elevati nelle scale Acceptance e Tolerance, Cooperation and Reciprocity, Resolution of negative feelings relative alla costruzione avvenuta con i padri, mentre nella costruzione dei dialoghi con le madri ottengono punteggi più alti nella scala Hostility rispetto a quanto avviene coi padri (Figura 20).

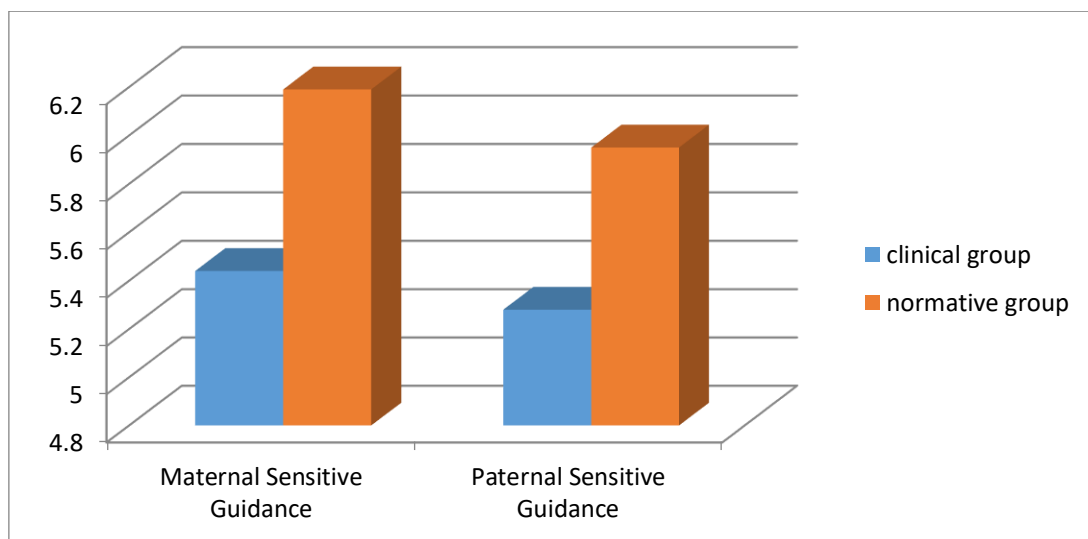
Fig. 20 Punteggi individuali delle figlie in diadi madri-figlie e padri-figlie campione non clinico



Nel complesso dunque, le adolescenti del campione non clinico mostrano un positivo coinvolgimento con entrambi i genitori rispetto al compito di costruzione narrativa richiesto, ma in particolare con i padri, anche a fronte di un minore coinvolgimento della figura paterna nella produzione dei dialoghi (come osservato nei punteggi genitoriali rispetto alle figure materne).

Nella Figura 21 è proposto il confronto tra le scale aggregate *Maternal Sensitive Guidance* e *Paternal Sensitive Guidance* che valutano i contributi medi individuali delle madri e dei padri.

Fig. 21 Scale aggregate materne e paterne nel campione clinico e nel campione non clinico

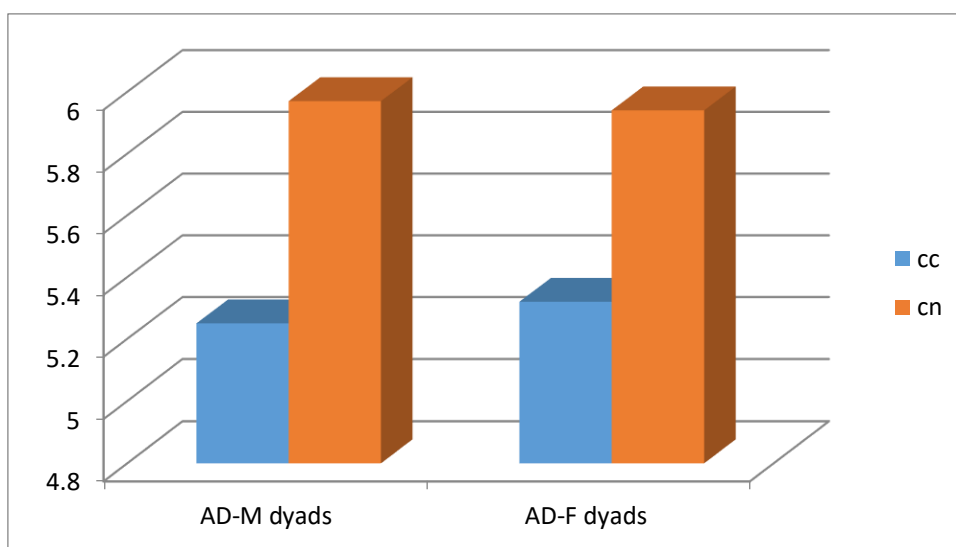


I dati mostrano un coinvolgimento globale delle madri e dei padri appartenenti al campione non clinico più elevato rispetto a entrambi i genitori dell'altro campione. In particolare, le madri del

campione non clinico risultano ottenere il punteggio medio più elevato dei padri del campione non clinico e di entrambi i genitori delle adolescenti anoressiche. Anche nel campione clinico, le madri ottengono punteggio più elevato dei padri, in termini di supporto globale alle figlie nella co-costruzione dei dialoghi sui ricordi personali.

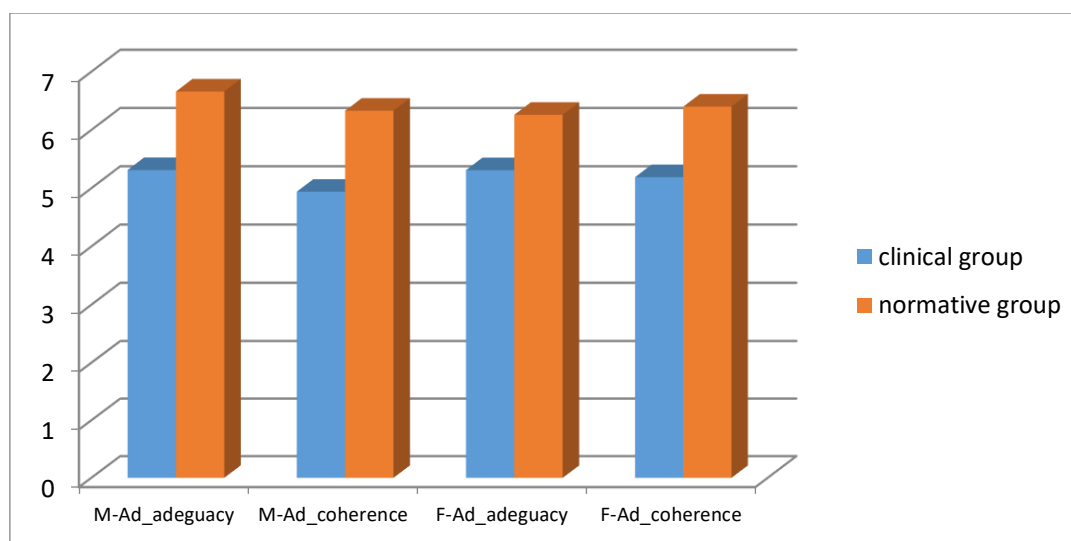
Relativamente alle figlie, si riportano i punteggi relativi alla scala aggregata *Child Cooperation and Exploration*, che misura in media il contributo delle adolescenti ai dialoghi costruiti con le madri e con i padri (Figura 22). Si osserva che nel campione non clinico prevale una sostanziale disponibilità da parte delle figlie a contribuire ai dialoghi sia con le madri che con i padri. La partecipazione delle figlie anoressiche alla costruzione dei dialoghi con le madri e con i padri è invece più limitata, come si osserva nel campione clinico, in cui i punteggi medi ottenuti alla scala sono inferiori rispetto alle diadi madri-figlie e padri-figlie del campione non clinico.

Fig. 22 Scale aggregate delle figlie in diadi madri-figlie e padri-figlie campioni clinico e non clinico



Infine, si riportano i punteggi ottenuti dalle diadi madri-figlie e padri figlie del campione clinico e del campione non clinico alle due scale applicate sulla narrazione prodotta dalle diadi, le scale globali di Adequacy of the stories e Coherence of the stories (Figura 23).

Fig. 23 Scale applicate alle narrazioni diadi madri-figlie e padri figlie campioni clinico e non clinico



Osservando i dati nel complesso, si evince che nel campione non clinico sia le diadi madri-figlie che le diadi padri-figlie ottengono punteggi più elevati relativamente alla valutazione dell'adequatezza e della coerenza dei dialoghi prodotti, rispetto alle diadi madri-figlie e padri-figlie del campione clinico. Confrontando i punteggi riportati dalle madri e dai padri alla scala aggregata *Coherence of the narrative*, basata sulle medie delle due scale globali di scale narrazione prodotta dalle diadi, non emergono differenze significative nel campione clinico ($F = .04$; $p > .05$) e nel campione non clinico ($F = .06 > .05$).

2.2.5. Analisi correlazionali tra punteggi AEED nelle diadi madri-figlie e padri-figlie

Allo scopo di valutare l'associazione tra le variabili principali misurate tramite lo strumento AEED sono state svolte una serie di analisi correlazionali (coefficiente r di Person). In particolare, sono state valutate le associazioni tra le scale individuali relative ai contributi materni, paterni e delle figlie nella costruzione dei dialoghi a contenuto emotivo.

Nel campione clinico, in riferimento alle correlazioni tra i punteggi delle madri e delle figlie alle scale individuali dello strumento Aeed, emerge l'associazione significativa di tipo positivo tra diverse variabili relative al contributo delle figlie ed alle madri: in particolare, l'accettazione e tolleranza delle figlie è positivamente associata all'accettazione materna, ($p < 0,05$) alla risoluzione

di sentimenti negativi materni ($p < 0,01$) e alla strutturazione dell'interazione materna ($p < 0,05$). Inoltre, la cooperazione delle figlie risulta associata alla scala shift of focus materna ($p < 0,01$) ed alla risoluzione di sentimenti negativi delle madri ($p < 0,05$). La scala elaborazione delle storie nelle figlie è fortemente associata alle scale dell'accettazione materna ($p < 0,01$) e della strutturazione dell'interazione materna ($p < 0,01$). Le associazioni riportate indicano nell'insieme una discreta sinergia tra figlie e madri nella costruzione delle narrazioni a contenuto emotivamente significativo.

In riferimento alle correlazioni tra i punteggi dei padri e delle figlie alle scale individuali dello strumento Aeed, le analisi svolte sui punteggi dei padri e delle figlie del campione clinico rilevano un numero di associazioni significative elevato. In specifico, si rileva una forte positiva correlazione tra la scala della strutturazione delle interazioni nei padri ($p < 0,01$) e tutte le scale individuali delle figlie eccetto le scale Boundary Dissolution e Hostility. Inoltre, si rileva una forte correlazione positiva tra la scala Acceptance and Tolerance delle figlie e le scale Involvement and reciprocity ($p < 0,01$) e Clousure of negative feeling dei padri ($p < 0,05$). Intense associazioni positive sono riscontrate anche tra la scala Resolution of negative feeling nelle figlie e le scale paterne di Involvement and Reciprocity ($p < 0,05$) e Clousure of negative feeling ($p < 0,05$). L'insieme di queste associazioni indica una forte distribuzione delle correlazioni tra la figura paterna e le figlie, con un andamento dei punteggi individuali delle figlie che procede nella stessa direzione di quello dei padri, a evidenza di una forte sinergia tra genitore e figlie rispetto alla costruzione congiunta di un dialogo intorno a temi emotivi.

Nel campione non clinico si rileva un numero elevato di associazioni positive tra le scale delle figlie e la figura materna. In particolare, la scala delle figlie Acceptance and Tolerance, Cooperation, Resolution of negative feeling correlano positivamente con tutte le scale materne ($p < 0,01$) a esclusione delle scale Hostility e Boundary Dissolution. La correlazione positiva più intensa è rilevata tra la scala delle figlie Resolution of negative feeling e la scala materna di Involvement and Reciprocity ($p < 0,01$). Un'associazione negativa significativa è riscontrata tra la scala delle figlie Acceptance and Tolerance e la scala materna Boundary Dissolution ($p < 0,05$). Tra le figlie e i

padri del campione non clinico si osserva un minore numero di correlazioni significative. Si riportano associazioni positive tra: Acceptance e Tolerance nelle figlie e Structuring of interaction dei padri ($p < 0,05$); Cooperation delle figlie e Clousure of negative feeling dei padri ($p < 0,05$) e Cooperation delle figlie e Structuring of Interaction nei padri ($p < 0,01$); Resolution of negative feeling delle figlie e Clousure of negative feeling dei padri ($p < 0,01$). La scala Hostility nelle figlie è invece negativamente associata alla scala Structuring of Interaction dei padri ($p < 0,05$), così come la scala Acceptance and Tolerance delle figlie che correla negativamente con la scala Boundary Dissolution dei padri ($p < 0,05$). Prese nel loro insieme, le analisi correlazionali sui dati del campione non clinico mostrano che le figlie adolescenti e i loro genitori contribuiscono in maniera specifica e differenziata alla costruzione delle conversazioni su eventi passati significativi dal punto di vista emotivo, con una maggiore concordanza nei punteggi madri-figlie.

CAPITOLO 3: DISCUSSIONI E CONCLUSIONI

3.1. Discussioni

La letteratura nazionale ed internazionale più recente sul tema dei disturbi alimentari in adolescenza (DCA) sottolinea la complessità dell'eziologia di questo genere di condizioni (Le Grange et al., 2010). Diversi elementi familiari, quali la coesione tra i membri, la flessibilità, le qualità dei componenti e la comunicazione tra genitori e figli, sono stati oggetto di studi e ricerche nella letteratura internazionale, che nel corso del tempo li ha indicati come potenziali fattori di rischio o di protezione per l'insorgenza ed il mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza (DCA) (Haslam et al., 2008; Tafà & Baoicco, 2009; Visani et al., 2014).

Nell'indagine sul funzionamento familiare, pochi studi hanno considerato le specifiche categorie nosografiche dei DCA (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorders) e gli elementi relativi al rischio psicopatologico genitoriale (Berge et al., 2014). Infatti, nonostante i numerosi contributi sul funzionamento familiare alterato nelle popolazioni di disturbi alimentari, vi

sono scarse e discordanti informazioni sulle modalità con cui il funzionamento familiare si lega alle specifiche sintomatologie alimentari: alcune ricerche indicano che la compromissione a livello del funzionamento familiare è uguale in tutte le categorie diagnostiche e non specificamente legata ai sintomi dei disturbi alimentari (Martín, Ruiz, Nieto, Jiménez, & De Haro, 2004; Mcdermott et al., 2002), mentre altri studi indicano che il funzionamento familiare maggiormente alterato si associa alla severità dei sintomi e alla presenza di condotte di eliminazione (Wisotsky et al., 2003). Inoltre, mentre i fattori familiari nell'Anoressia e Bulimia Nervosa sono stati maggiormente documentati, vi sono meno studi che approfondiscono il ruolo della famiglia nel Binge Eating Disorder, recentemente inserita come categoria diagnostica specifica (APA, 2013) (Tetzlaff & Hilbert, 2014). Ancora, sono attualmente scarsi i riferimenti in letteratura a studi sul contributo della figura genitoriale paterna nel benessere psicologico dei figli (Berge et al., 2014; Cimino et al., 2013; Enten & Golan, 2009). Infine, tra gli aspetti legati al funzionamento familiare, la comunicazione tra genitori e figli, prioritariamente indagata attraverso studi sulla qualità delle interazioni madri-bambini (Hughes et al., 2010), rappresenta un elemento la cui indagine, anche sul piano della comunicazione verbale (Oppenheim et al., 2007), può meglio chiarire le dinamiche relazionali delle famiglie con figli con disturbo alimentare

Alla luce di queste considerazioni, lo studio ha inteso replicare ed estendere le precedenti ricerche e colmare parte delle carenze presenti in letteratura. Si è mirato a valutare l'ipotesi della presenza di particolari stili di funzionamento e descrivere le condizioni psicologiche dei membri in famiglie con persone con disturbi alimentari, con particolare attenzione alla figura paterna, fino ad ora poco esplorata empiricamente rispetto agli studi clinici e di osservazione. L'aspetto fondante della ricerca è lo studio sistemico sulle dinamiche relazionali in famiglie con figlie con disturbi alimentari, in cui l'indagine della comunicazione delle emozioni tra genitori e figli rappresenta un elemento di approfondimento. Nel loro insieme, i dati raccolti nella ricerca sono in linea con le evidenze empiriche della letteratura internazionale, che indica l'eterogeneità nei percorsi di

sviluppo dei disturbi alimentari e le specificità dei quadri clinici considerati (Holtom-Viesel, & Allan, 2014; Sim et al., 2009; Tetzlaff, & Hilbert, 2014; Visani et al., 2014).

In riferimento al funzionamento psicologico delle figlie, i risultati del presente studio, in linea con le principali evidenze empiriche internazionali (Ferriter & Ray, 2011; Holtom-Viesel, & Allan, 2014; Riquenes & Sala Roca, 2015; Thompson et al., 2011), indicano la presenza di specifici profili psicopatologici delle adolescenti che soffrono di un disturbo alimentare, con le adolescenti anoressiche che mostrano il livello psicopatologico più elevato (in termini di tratti di ossessione-compulsione, ostilità, rigidità) rispetto alle coetanee con diagnosi di Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorders e alle adolescenti senza diagnosi di DCA, superando tutti i valori cut-off delle scale SCL-90. La presenza nelle ragazze con DCA di intensi sintomi psicopatologici è stata ampiamente indicata da Selvini Palazzoli, che aveva sottolineato l'aspetto psicopatologico tra gli elementi fondamentali delle pazienti anoressiche (2006).

Anche l'insieme dei dati raccolti sui profili psicologici dei genitori è in linea con quanto indicato dalle più recenti ricerche internazionali sul rischio psicopatologico genitoriale (Cimino et al., 2015; Lewis, Collishaw, Thapar, & Harold, 2014), che associano diversi aspetti della psicopatologia materna (depressione, somatizzazione) agli specifici quadri clinici di DCA nelle figlie. In particolare, mentre le madri delle adolescenti con disturbi alimentari mostrano sintomi psicopatologici differenziati in relazione alla tipologia di diagnosi delle figlie (sintomatologia di tipo depressivo per le madri delle anoressiche, ansioso-fobico per le madri delle bulimiche e psicotico per le madri delle figlie con Binge Eating Disorder, rispettivamente), il rischio psicopatologico paterno è risultato associarsi in maniera più generale a tutte le tipologie di DCA nelle figlie, con i padri appartenenti ai diversi gruppi clinici del presente studio che condividono diverse aree di rischio psicopatologico, tra cui la sintomatologia di tipo ossessivo-compulsivo, ansioso e paranoideo. Questi elementi suggeriscono la presenza di un diverso apporto delle figure genitoriali materne e paterne nella situazione di disagio delle figlie, meritevole di futuri approfondimenti.

L'insieme dei dati raccolti attraverso lo strumento FACES-IV è in linea con le precedenti ricerche sul funzionamento familiare, secondo cui nelle famiglie con figlie che soffrono di DCA è presente maggiore insoddisfazione riferita dalle figlie sulle proprie famiglie rispetto ai genitori (Ciao et al., 2015) e basso livello di concordanza delle percezioni del funzionamento familiare tra i vari membri delle famiglie (Ciao et al., 2015; Fornari et al., 1999). In particolare, nel presente studio, le figlie adolescenti con Anoressia Nervosa rappresentano la propria famiglia in termini di bassi livelli di coesione tra membri, comunicazione e soddisfazione e elevati livelli di rigidità e ipercoinvolgimento. Le madri delle anoressiche riferiscono un funzionamento familiare più positivo delle figlie e dei padri, mentre questi ultimi percepiscono elevati livelli di caoticità familiare. La distanza tra le descrizioni delle proprie famiglie fornite dai genitori e dalle figlie anoressiche è emersa anche, seppur in misura meno accentuata, tra i genitori e le figlie nei gruppi familiari non clinici, a evidenza del fatto che una differenza nei punti di vista dei membri delle famiglie rappresenta un elemento fisiologico nel rapporto intergenerazionale tipico della fase adolescenziale (Visani, 2014). A tale proposito, ciò che può assumere rilevanza nell'indagine sistemica della dialettica relazionale tra genitori e figlie con DCA non è solo il possibile disaccordo tra i due sottosistemi intergenerazionali genitori-figli, ma anche la discrepanza nelle rappresentazioni familiari delle madri e dei padri. Infatti, il basso livello di concordanza tra la percezione materna e la percezione paterna delle proprie famiglie emerso nelle famiglie con figlie anoressiche, è indicativo della presenza di un disaccordo a livello di coppia che può rappresentare un potenziale elemento di rischio nelle relazioni familiari, in termini di destabilizzazione degli equilibri tra i diversi sottosistemi e di strutturazione di possibili alleanze trasgenerazionali tra paziente e un genitore (Selvini Palazzoli et al., 1998). In tale contesto, può anche prendere forma la cosiddetta dinamica dell'imbroglio, un processo interattivo complesso in cui un genitore ostenta come privilegiata la relazione diadica con la figlia, mentre in realtà tale presunto privilegio intergenerazionale rappresenta solo una strategia utilizzata contro l'altro genitore (Selvini Palazzoli et al., 2008). Queste osservazioni nelle famiglie cliniche assumono molta rilevanza, poiché la

letteratura indica l'azione genitoriale congiunta e l'unità di coppia tra i fattori protettivi per il benessere dei figli (McHale, 2007).

L'approfondimento dei profili familiari e degli aspetti della qualità della comunicazione tra genitori e figli nelle famiglie con figlie con Anoressia Nervosa ha anche rilevato nuovi importanti elementi sulle dinamiche relazionali tra i membri familiari. I dati relativi agli strumenti self-report somministrati hanno confermato parte degli elementi noti in letteratura (famiglie con persona con Anoressia Nervosa riportano alla valutazione maggiore livello di compromissione familiare e individuale) (Holtom-Viesel, & Allan, 2014; Sim et al., 2009; Visani et al., 2014) e in aggiunta, si sottolineano alcune peculiarità. Le analisi dei dati di approfondimento raccolti nelle famiglie con figlie anoressiche attraverso i profili familiari, evidenziano da un lato la presenza di un malessere generale, rappresentato dall'interessamento delle scale sbilanciate allo strumento FACES-IV e da bassi livelli di soddisfazione e comunicazione, e da un altro la presenza di discreti fattori protettivi relativamente ai valori medio/alti della coesione e della flessibilità. In particolare, le famiglie con figlie con Anoressia Nervosa si muovono sia nelle scale bilanciate che nelle scale sbilanciate, in un'area intermedia tra salute e rischio: in esse è sì presente una disorganizzazione con poca flessibilità necessaria ad affrontare i cambiamenti ma sembra anche preservato l'aspetto dell'unione e dei legami tra membri (coesione). Inoltre, gli indici di ratio raccolti rilevano equilibri differenti tra i diversi componenti familiari. I padri e le figlie riportano una sofferenza familiare simile, mentre le madri mostrano un orientamento globalmente più positivo.

Relativamente alle variabili individuali approfondite nelle figlie con Anoressia Nervosa, i dati dello studio, evidenziando livelli elevati nei punteggi alle scale di misurazione dell'alessitimia, dell'impulsività e delle dimensioni internalizzanti rispetto al campione non clinico, si posizionano in linea con quanto indicato dalla letteratura internazionale circa la presenza di diverse forme di sofferenza psicologica clinica e sub-clinica nelle adolescenti che soffrono di DCA, in particolare sul versante internalizzante (Tambelli et al., 2017).

Insieme alle dimensioni della coesione (il legame emotivo) e della flessibilità (l'organizzazione familiare), la dimensione della comunicazione tra familiari, che pertiene all'insieme di azioni di fornire informazioni, idee, pensieri e sentimenti tra membri, si è confermata un aspetto centrale per il presente studio, anche grazie all'utilizzo dello strumento AEED. La valutazione della comunicazione emotiva genitori e figli ha evidenziato, in linea con le ipotesi generali, una generale difficoltà a livello comunicativo tra genitori e figlie con diagnosi con anoressia, con alcuni elementi di differenziazione. Precisamente, la ricerca ha indicato la prevalenza di classificazioni finali delle conversazioni prodotte dalle diadi madri-figlie di tipo *Emotionally non matched*, e un equilibrio delle classificazioni *Emotionally matched* e *Emotionally non matched* nelle diadi padri-figlie. Si sottolinea che nel campione non clinico, la maggior parte delle diadi madri-figlie e padri-figlie è stata valutata come *Emotionally matched*, con una percentuale inferiore di dialoghi *Emotionally Unmatched*. A tale proposito le differenze nei dialoghi genitori-figli emerse anche nei gruppi familiari non clinici, seppur con distribuzioni differenti dalle famiglie cliniche, sono in accordo con gli studi degli autori dello strumento (Oppenheim et al., 2007), che sottolineano che una quota di classificazione *Emotionally non matched* è fisiologica anche nelle popolazioni normative.

Relativamente ai contributi individuali dei genitori e delle figlie, sono i padri del campione clinico a ottenere punteggi più elevati delle madri nelle scale di accettazione, coinvolgimento, risoluzione di emozioni negative e strutturazione delle interazioni, mentre nel campione non clinico l'andamento è opposto. Ancora, le figlie, rispetto allo svolgimento delle conversazioni a contenuto emotivo con le madri e con i padri, hanno mostrato elevati livelli nelle scale di accettazione, cooperazione, elaborazione delle storie sia nelle diadi padri-figlie appartenenti al campione clinico e sia nelle diadi padri-figlie del campione non clinico, rispetto ai punteggi ottenuti dalle figlie nelle diadi madri-figlie del campione clinico e dalle figlie nelle diadi madri-figlie del campione di controllo. Alle scale aggregate, che misurano la sensibilità genitoriale nel guidare e supportare il figlio nell'esperienza emotiva, le madri hanno ottenuto punteggi medi più elevati dei padri sia nel campione clinico che in quello di controllo. Inoltre, le figlie anoressiche hanno ottenuto punteggi

più elevati nella scala aggregata che misura il loro coinvolgimento globale con i padri rispetto a quanto ottenuto con le madri. Questi risultati evidenziano un andamento non uniforme del contributo delle figlie nell'esperienza emotiva con i genitori, con particolari e interessanti differenziazioni nella posizione assunta dalle adolescenti anoressiche rispetto alle madri, che comunque globalmente appaiono più sensibili dei padri come indicato dai punteggi alle scale aggregate, e rispetto ai padri, con i quali le figlie sembrano attivarsi maggiormente.

I risultati provenienti dai dati self-report e dai dati dello strumento AEED, nel loro insieme, rappresentano la difficile condizione relazionale in cui si trovano le famiglie con figlie con Anoressia Nervosa, suggerendo una problematica nel rapporto tra le figlie ed i genitori che si manifesta in maniera più particolare tra la figura materna e le adolescenti. I risultati ottenuti dalle diadi madri-figlie anoressiche, sia per quanto riguarda le classificazioni finali delle conversazioni che i punteggi alle scale individuali e della narrazione, indicano una difficoltà di “sintonizzazione” tra figlie e madri sui contenuti emotivi oggetto della costruzione dei dialoghi, con bassa espressività dei sentimenti, difficoltà delle madri ad entrare in armonia nelle conversazioni concentrandosi sugli stati emotivi delle figlie (bassi punteggi alle scale materne aggregate). Tali caratteristiche esitano in costruzioni di conversazioni “a due” non adeguate dal punto di vista della reciprocità e della guida empatica da parte della madre di fronte ai temi sui vissuti emotivi della figlia, sottoforma di narrazioni di storie in cui è poco presente la partecipazione di entrambi i membri della coppia. Il riscontro dell'elevata percentuale di classificazione delle conversazioni madri-figlie anoressiche di tipo *Emotionally Unmatched* sottocategoria *Flat dialogue*, caratterizzate da discussioni sulle emozioni superficiali, poco dettagliate, limitate nella partecipazione, richiama altre evidenze empiriche sulle difficoltà di madri con Anoressia Nervosa nella condivisione delle esperienze emotive e nella lettura degli stati emotivi dei figli (Sadeh-Sharvit et al., 2016) e sulle alterazioni neurofisiologiche nelle pazienti anoressiche legate a ridotta sensibilità al dolore e intorpidimento emozionale (bassa affettività) (Newman, Harris & Allen, 2011). Se quindi da un lato i dati clinici delle AEED restituiscono sostanzialmente una generale problematica a livello comunicativo tra

adolescenti e genitori nel campione clinico rispetto al campione di controllo, problematica che la letteratura associa all'aumento delle condotte a rischio nei figli (Stanton et al., 2002; Wang et al., 2013), da un altro, in questo stesso scenario, emerge la figura genitoriale paterna che stabilisce con le figlie anoressiche una relazione "preferenziale", rispetto a quanto rilevato nelle diadi madri-figlie, in termini di condivisione e partecipazione a fronte dell'attività di costruzione congiunta dei dialoghi emotivi. Questa "corsia preferenziale" nella comunicazione tra membri familiari emersa tra padri e figlie anoressiche rimanda anche a quanto osservato nella valutazione del funzionamento familiare percepito dalle famiglie anoressiche, in cui emerge la distanza delle percezioni delle madri da quelle dei padri (forse indicativa di una certa quota di distacco a livello del sistema coniugale), con maggiore somiglianza tra padri e figlie nella rappresentazione del funzionamento familiare. Le differenziazioni tra la figura materna e la figura paterna nella percezione delle famiglie richiamano anche altre differenziazioni nelle coppie genitoriali delle famiglie anoressiche analizzate, ravvisate nelle valutazioni ottenute dai padri e dalle madri in termini di rischio psicopatologico, con le madri delle anoressiche che riportano punteggi medi più elevati dei padri nelle scale di somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale. La relazione più intensa tra il sottosistema genitoriale paterno e quello delle figlie è rappresentata anche dall'elevato numero di correlazioni significative tra i padri e le figlie (spesso in numero maggiore delle associazioni figlie-madri) nelle principali scale di valutazione del funzionamento familiare, del funzionamento psico-patologico e della comunicazione emotiva. Inoltre, l'associazione riscontrata tra il rischio psicopatologico genitoriale, in particolare quello paterno, e il funzionamento familiare percepito dalle figlie anoressiche è in linea con le osservazioni provenienti da altri studi (Ciao et al., 2015), che si erano però focalizzati sulla sola valutazione delle caratteristiche sintomatologiche materne.

L'insieme dei dati raccolti sembra incoraggiante per un approfondimento delle variabili di funzionamento familiare e della relazione tra le due figure genitoriali e le figlie con disturbo alimentare. In particolare, i dati provenienti dallo strumento AEED richiedono ulteriori chiarificazioni nel significato, dal momento che l'analisi dei meccanismi e dei processi relazionali

nei DCA necessita in futuro di una visione più complessa che tenga anche conto del contributo sia materni, sia paterni, e soprattutto di come essi si combinano. In questa prospettiva, alla luce dei risultati ottenuti, la relazione padri-figlie nei campioni clinici è indicativa di una via d'accesso da continuare percorrere nella valutazione e soprattutto nella cura dei DCA, in particolare dal punto di vista dello scambio emotivo tra genitore e figlie.

3.2. Conclusioni

La variabilità dei risultati della ricerca non permette di giungere a conclusioni univoche e certe, ma consente di delineare un quadro complessivo delle famiglie con figlie con disturbo del comportamento alimentare, suscitando diverse riflessioni conclusive. Sostanzialmente, lo studio suggerisce che il disturbo alimentare nelle adolescenti femmine è associato sia a caratteristiche familiari che ad elementi di vulnerabilità individuale (Levine & Smolak, 2013) e conferma l'importanza in contesti clinici della valutazione delle caratteristiche individuali dei membri delle famiglie e delle relazioni che legano gli stessi membri.

Nello studio condotto la famiglia si conferma contesto privilegiato entro cui osservare i processi relazionali. La ricerca infatti restituisce l'immagine dei DCA in termini di fenomeni da ricondurre essenzialmente alla qualità delle relazioni affettive tra i membri della famiglia. Allo stesso tempo, attraverso la valutazione degli aspetti relazionali e individuali nei campioni di studio, la ricerca si pone in linea con le più recenti prospettive di indagine della psicopatologia adolescenziale, secondo cui le forme psicopatologiche in adolescenza si configurano come esito dell'interazione tra una serie di fattori individuali (tra i quali l'organizzazione emotiva rappresenta un aspetto essenziale) e ambientali, in una relazione dinamica tra elementi di vulnerabilità e risorse. Lo studio conferma quindi l'utilità di un'indagine dei processi adolescenziali che considera gli aspetti emotivi, comportamentali e relazionali che si verificano. Presi nel loro insieme, i dati della ricerca offrono un riscontro empirico alle principali affermazioni dei teorici dei modelli sistemici sul funzionamento familiare nelle famiglie con figlie con patologia alimentare, in particolare con

Anoressia Nervosa (Minuchin et al., 1980), che indicano nell'invischiamento, rigidità, e evitamento del conflitto (a cui risponderebbe la scarsa comunicazione riferita dalle pazienti della presente ricerca), le caratteristiche emergenti delle famiglie psicosomatiche.

Nonostante la ricerca abbia evidenziato la presenza di elementi individuali e relazionali disfunzionali nelle famiglie con figlie con DCA, vengono messi in luce anche qualità e risorse che i sistemi familiari possono mettere in moto a fronte di situazioni particolarmente avverse. La comparazione dei dati clinici raccolti con i dati relativi a campioni di famiglie dove le figlie non presentano un disturbo del comportamento alimentare, ha indicato un maggiore orientamento alla salute nei campioni della popolazione non clinica, che presentano valori intermedi tendenti all'equilibrio. In realtà, l'evidenza di un funzionamento familiare migliore percepito nella famiglie non cliniche rispetto a quelle cliniche non significa che in tutti i gruppi clinici considerati vi sia un profondo e prevalente funzionamento familiare problematico. Nei campioni analizzati, ad esempio, sono stati individuati punteggi medi nelle scale bilanciate (in termini di coesione e/o flessibilità) e a valori elevati sulle scale sbilanciate corrispondevano anche valori non eccessivamente bassi nelle scale bilanciate. Tutti questi elementi sono indicativi della presenza in seno alle famiglie cliniche di aspetti e capacità per far fronte all'emergere del disturbo che devono essere tenuti in considerazione anche nella predisposizione dei piani di intervento. Inoltre queste osservazioni sono in linea con i risultati di altri studi sulle famiglie con figlie anoressiche in cui l'orientamento alla salute può raggiungere valori vicini a quelli del campione della popolazione normale (Visani, 2014). In accordo con Loredano (2014), la rilevazione della normalità o fisiologia nello studio delle famiglie permette di valutare non solo i comportamenti e le caratteristiche disfunzionali di un sistema, ma anche di descriverne gli aspetti di forza e funzionalità, individuando potenziali risorse anche per il percorso terapeutico. Proprio tali elementi di riflessione rappresentano i punti cruciali per i modelli sistemici e per la Developmental Psychopathology.

In aggiunta, ciò che può risultare particolarmente rilevante nel funzionamento familiare in termini di problematicità non è tanto lo sbilanciamento dell'equilibrio familiare verso elementi

disfunzionali, ma il fatto che le persone che presentano il problema, ossia le figlie anoressiche nella ricerca, riportano una valutazione del funzionamento familiare peggiore rispetto agli altri soggetti della famiglia, i genitori. A tale proposito, in termini sistemici, il figlio portatore di un sintomo o paziente designato, svolge il ruolo di *capro espiatorio* all'interno della famiglia, secondo una configurazione relazionale denominata di *deviazione-attacco* (Minuchin et al., 1978). Tale condizione avviene in nuclei familiari in cui la relazione a livello del sistema coniugale è apparentemente priva di conflittualità ma il sintomo comportamentale del figlio spesso rappresenta problematiche a livello del sottosistema marito-moglie (Andolfi & Mascellani, 2010). Nel presente studio l'andamento divergente delle percezioni familiari avviene anche nel campione non clinico e i dati raccolti sono sostanzialmente in linea con quanto emerso in precedenti studi su campioni clinici (Visani et al., 2014) e non clinici (Tafà, 2007), in cui è evidenziata la discrepanza tra le valutazioni delle figlie e quelle dei genitori come elemento di particolare valenza diagnostica e terapeutica.

Lo studio, attraverso i principali risultati, evidenzia l'inadeguatezza delle teorie deterministiche lineari focalizzate esclusivamente sul soggetto portatore del disturbo a rispondere alla comprensione di forme di disturbi così compositi. I dati raccolti confermano al contrario la rilevanza di una procedura di valutazione che metta in rilievo i fattori familiari e le interazioni tra i fattori di rischio e di protezione nello sviluppo e nel mantenimento dei DCA. In disturbi psichiatrici complessi come i DCA l'equilibrio delle relazioni familiari dipende dal variare di più variabili, che si associano tra di loro secondo modalità particolarmente rilevanti se ci si riferisce alla fase del ciclo di vita dell'adolescenza, caratterizzata per definizione da variabilità e complessità nelle sue manifestazioni e nei quadri psicopatologici (Nicolò Corigliano & Ferraris, 1991).

La ricerca può fornire diversi elementi di utilità ai clinici e ai professionisti che operano con adolescenti e le loro famiglie. In generale, i programmi di intervento che si focalizzino sugli aspetti messi in rilievo nel presente lavoro, possono essere utili sia per la prevenzione che per il trattamento del disturbo alimentare (Darrow, Accurso, Nauman, Goldschmidt, & Le Grange, 2017). Infatti, i clinici che lavorano con gli adolescenti possono ricavare informazioni preziose, se introducono nel

loro lavoro la valutazione diagnostica del funzionamento familiare, a partire dalla quale può essere possibile definire in modo più appropriato i trattamenti, anche in riferimento alle diverse tipologie di classificazione (Anastasiadou et al., 2016; Crittenden & Dallos (2009). Inoltre, i programmi di prevenzione dei disturbi alimentari potrebbero focalizzarsi anche sul funzionamento familiare come modalità per migliorare l'approccio orientato alla salute in adolescenza. In aggiunta, può essere particolarmente utile, anche alla luce dei risultati della ricerca, il ricorso a programmi di educazione familiare in cui si supportano i familiari a migliorare gli aspetti della comunicazione genitori-figli e a ricorrere all'unità familiare e a una maggiore flessibilità in una strategia protettiva del disagio.

In conclusione, la ricerca conferma che la valutazione delle caratteristiche relazionali rappresenta un elemento cruciale del processo diagnostico e del trattamento. La capacità di costruire e mantenere relazioni affettive positive tra i soggetti nelle famiglie rappresenta un aspetto centrale nel benessere emotivo dei soggetti (Sroufe & Rutter, 1984) e l'individuazione degli elementi relazionali, in particolare quelli comunicativi, tra genitori e figli può aiutare molto la comprensione dei fattori di resilienza e di vulnerabilità degli adolescenti rispetto al comportamento alimentare.

3.2.1. Punti di forza e limitazioni dello studio

La ricerca presenta alcuni elementi di forza. Lo studio è indirizzato a un campione di adolescenti in un contesto clinico, secondo una prospettiva teorica di riferimento di tipo integrato dedicata a questa delicata età del cambiamento. E' stato indicato che la ricerca sui disturbi alimentari debba focalizzarsi nella fascia del ciclo di vita adolescenziale, dal momento che i dati epidemiologici indicano tra i primi fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo alimentare l'essere adolescente e giovane adulto di genere femminile (Keel, Forney, 2013). In questo intento, il parametro relazionale entro cui comprendere il disagio psichico adolescenziale, condiviso sia dall'orientamento sistemico relazionale che dalla *Developmental Psychopathology*, permette di avvicinarsi meglio alla complessità della determinazione della patologia alimentare tra le adolescenti. In particolare, i modelli della *Developmental Psychopathology* evidenziano come gli stili familiari adattivi ed il

funzionamento psicologico genitoriale possano potenziare le traiettorie di adattamento del figlio alle difficoltà incontrate, mentre la prospettiva sistemico-relazionale, orientandosi al funzionamento familiare, aiuta la comprensione del percorso evolutivo dei figli anche in relazione ai diversi profili familiari. Lo studio ha inoltre posto il focus sulla valutazione degli stili familiari, del funzionamento psicologico individuale e del rischio psicopatologico genitoriale, riservando particolare attenzione alla figura paterna. Il coinvolgimento della figura paterna, per lungo tempo trascurata nella ricerca scientifica a favore di una lettura matrilineare della patologia, permette di allargare in maniera sistemica la prospettiva di osservazione e comprensione del disturbo alimentare, rilevando i diversi punti di forza e criticità nelle relazioni tra componenti familiari e nelle individualità. Inoltre, la letteratura scientifica evidenzia che l'incoraggiamento della partecipazione paterna può avere positive ripercussioni nell'outcome delle terapie (Horesh et al., 2015). Ancora, nella presente ricerca, la partecipazione allo studio di entrambe le figure genitoriali ha permesso di superare la valutazione del funzionamento familiare fornita solo dai figli. In particolare, dal punto di vista metodologico, la procedura di *assessment* composta da diversi strumenti self report che si rivolgono a più fonti di informazione (madre, padre, figlia) ha permesso di acquisire informazioni sul funzionamento psicologico e sul funzionamento familiare da diverse fonti, nonché di confrontarle. Il coinvolgimento dell'intera famiglia rappresenta un fattore chiave nei processi di valutazione e in quelle di trattamento, indicato in tutte le principali linee guida per i DCA (Academy for Eating Disorders, 2008). La ricerca, in questo senso, appartiene al filone della *Family Research*, che, diversamente dagli studi cosiddetti *Family Related Studies*, focalizzati sulle percezioni individuali delle relazioni familiari, indica l'oggetto di indagine nell'unità di analisi familiare (Feetham, 1988). Inoltre, l'inserimento dello strumento narratologico quali-quantitativo AEED insieme agli strumenti di tipo self-report ha permesso di programmare lo studio secondo una modalità di indagine multimetodo, particolarmente utile nella valutazione delle patologie complesse. A tale proposito, la letteratura indica l'utilizzo delle misure narrative come più idoneo in una prospettiva che privilegia lo studio dei fattori di rischio per lo sviluppo ed il mantenimento delle patologie, (Sherman, 1990).

Il presente studio è il primo che utilizza lo strumento AEED su campioni clinici, dal momento che gli autori della scala lo hanno utilizzato su campioni a rischio. Anche per tali ragioni, sono presenti in letteratura dati limitati sull'utilizzo dello strumento su soggetti adolescenti. Inoltre, la ricerca è tra le prime nel panorama nazionale ad utilizzare lo strumento AEED sui padri, non essendo presenti studi clinici sulla condivisione delle emozioni tra la figura paterna e i figli tramite l'utilizzo di uno strumento empirico di questo tipo. Infine, la valutazione delle tre specifiche forme di DCA (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder) nella ricerca contribuisce alla definizione delle caratteristiche del funzionamento familiare nelle diverse categorie diagnostiche che, anche se non ancora evidenziate in maniera univoca e certa, possono essere tenute in considerazione per la predisposizione degli interventi di prevenzione e dei trattamenti.

Per quanto riguarda i punti di criticità, lo studio implementato come disegno cross-sectional preclude la possibilità di effettuare inferenze causali tra le variabili indagate. In futuro saranno necessari approcci alla ricerca sulle relazioni familiari nel disturbo alimentare di tipo longitudinale, per comprendere meglio la natura temporale delle variabili oggetto di interesse, verificando la presenza di cambiamenti evolutivi nella relazione tra il funzionamento familiare e il comportamento disfunzionale alimentare lungo il periodo adolescenziale. A partire dai risultati ottenuti nella ricerca, si auspica anche di potere sviluppare uno studio longitudinale per valutare in modo sistematico la stabilità o il cambiamento del comportamento alimentare nel corso del tempo in riferimento alla comunicazione emotiva tra genitori e figli, che nel presente studio è stata indagata su un campione numericamente esiguo. Ancora, l'omogeneità dei campioni della ricerca in termini di status socio-economico, geografico e culturale limita la replicabilità dei risultati in altri paesi e culture. Infine, lo strumento AEED non è ancora validato in Italia ma si spera, a partire dai dati raccolti nella presente ricerca, di potere contribuire a futuri studi di validazione sulla popolazione italiana. In conclusione, si auspica che il lavoro possa arricchire le risposte ai quesiti odierni sul ruolo delle relazioni familiari rispetto alla patologia alimentare dei figli, contribuendo al compimento di un ulteriore passo in avanti nella riflessione scientifica sull'argomento.

Riferimenti bibliografici

- Academy for Eating Disorders. (2008). *Worldwide Charter for Action on Eating Disorders. Rights and expectations for people with eating disorders and their families*. Available at: <http://www.aedweb.org/documents/WWCharter3.pdf>.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ackerman, N. W. (1971). The growing edge of family therapy. *Family Process*, 10(2), 143-156.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D.C.: APA (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10" del 1995: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA (trad. it.: DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision. Milano: Masson, 2001).
- American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*, 163(7 Suppl), 4.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice Guidelines for the Treatment of patients with eating disorders. Third edition. Retrieved from https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amianto, F., Abbate-Daga, G., Morando, S., Sobrero, C., & Fassino, S. (2011). Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology?. *Psychiatry Research*, 187(3), 401-408.
- Ammaniti, M. (a cura di) (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Cortina.
- Ammaniti, M. (Ed.). (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Cortina.
- Ammaniti, M. (Ed.). (2010). *Psicopatologia dello sviluppo: modelli teorici e percorsi a rischio*. Cortina.
- Ammaniti, M., Cimino, S., & Petrocchi, M. (2005). Adolescenza ed esperienze traumatiche: influenze sul funzionamento emotivo-adattivo. *Infanzia e adolescenza*, 4, 145-155.

- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Sánchez, J. C., Parks, M., Álvarez, T., & Graell, M. (2016). Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 294-303.
- Andersen, A. (2002). Eating disorders in males. In C.G. Fairburn & Brownell K.D. (Eds), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 188-192). New York: Guilford.
- Andolfi, M., & Mascellani, A. (2010). *Storie di adolescenza: esperienze di terapia familiare*. Cortina.
- Angley, M., Divney, A., Magriples, U., & Kershaw, T. (2015). Social Support, Family Functioning and Parenting Competence in Adolescent Parents. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 67–73.
- Armstrong, B., & Janicke, D. M. (2012). Differentiating the effects of maternal and peer encouragement to diet on child weight control attitudes and behaviors. *Appetite*, 59(3), 723-729.
- Asfour, L., Huang, S., Ocasio, M.A., Perrino, T., Schwartz, S.J., Feaster, D.J., Maldonado-Molina, M., Pantin, H., & Prado, G. (2017). Association Between Socio-Ecological Risk Factor Clustering and Mental, Emotional, and Behavioral Problems in Hispanic Adolescents. *Journal of Child and Families Studies*, 26, 1266-1273.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40.
- Baiocco, R., Cacioppo, M., & Craparo, G. (2012). Funzionamento familiare e comunicazione in famiglie con ragazze con anoressia nervosa: percezioni a confronto. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31(4).
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., & Tafà, M. (2013). Factorial and construct validity of FACES IV among Italian adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 962-970.
- Baldascini, L. (1997). L'adolescente e la sua famiglia: una transizione sincronica. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 5, 4-11-
- Bardone-Cone, A. M., Butler, R. M., Balk, M. R., & Koller, K. A. (2016). Dimensions of impulsivity in relation to eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 1027-1031.
- Bateson, G., & Longo, G. (1988). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi.
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence*, 35(2), 217-229.

- Beitchman, J. (2016). Trajectories of Psychiatric Disorder From Adolescence to Adulthood and the Relevance of Childhood and Adolescent Risk Factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, S281.
- Berge, J. M., Wall, M., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 331-338.
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of behavioral medicine*, 37(2), 205-217.
- Blodgett Salafia, E. H., Gondoli, D. M., Corning, A. F., McEnery, A. M., & Grundy, A. M. (2007). Psychological distress as a mediator of the relation between perceived maternal parenting and normative maladaptive eating among adolescent girls. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 434.
- Bornstein, M.H. & Bradley, R.H. (2014). *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*. London: Routledge.
- Boscolo, L., & Cecchin, G. (1988). Il problema della diagnosi dal punto di vista sistemico. *Psicobiettivo*, 3, 1-11.
- Bowen, M. (1979). Dalla famiglia all'individuo. *Astrolabio, Roma*, 143.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. *Anorexia nervosa*, 1-10.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. Harvard University Press, Cambridge, MA
- Bruch, H. (1987). The changing picture of an illness: anorexia nervosa. *Attachment and the therapeutic process*, 205-222.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 98-111.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, 10(1), 1-7.
- Byrd, A.L., Hawes, S.W., Loeber, R., & Pardini, D. A. (2016). Interpersonal Callousness from Childhood to Adolescence: Developmental Trajectories and Early Risk Factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1-16.

- Carbone P., & Cimino S. (Eds.). (2017). *Adolescenze. Itinerari psicoanalitici*. [Magi Edizioni](#)
- Casper, R. C., & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338-342.
- Catapano, R., Meroni, M. C., Costa, E., Alliani, D., & Loriedo, C. (2005). Binge eating disorder e relazioni familiari: uno studio con il Faces III. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*.
- Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2014). Mother and father-child interaction with their 24-month-old children during feeding, considering paternal involvement and the child's temperament in a community sample. *Infant Mental Health Journal*, 35(5), 473-481.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Ballarotto, G., & Monniello, G. (2014). Parental loss during childhood and outcomes on adolescents' psychological profiles: a longitudinal study. *Current psychology*, 33, 545-556.
- Chow, C. M., & Tan, C. C. (2018). The role of fat talk in eating pathology and depressive symptoms among mother-daughter dyads. *Body image*, 24, 36-43.
- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Le Grange, D. (2015). Predictors and moderators of psychological changes during the treatment of adolescent bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 69, 48-53.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child development*, 1-7.
- Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Sinesi, S. (2013). A six-year prospective study on children of mothers with eating disorders: the role of paternal psychological profiles. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 238-246.
- Cimino, S., Cerniglia, L., & Paciello, M. (2015). Mothers with depression, anxiety or eating disorders: outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 228-236.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 219-222.
- Cohn, L. D., Adler, N. E., Irwin, C. E., Millstein, S. G., Kegeles, S. M., & Stone, G. (1987). Body-figure preferences in male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 276.
- Commonwealth of Kentucky, (2001). Retrieved from [http: www.jjab.ky.gov/terms.htm](http://www.jjab.ky.gov/terms.htm)
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236.

- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*.
- Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 511-531.
- Cooper, P. J., Murray, L., & Halligan, S. L. (2010). Treatment of postpartum depression. In: R. Tremblay, R. Barr, R. Peters, & M. Boivin, (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Centre of Excellence for Early Childhood Development, Montreal, Quebec. Available at <http://centaur.reading.ac.uk/17495/>
- Costa, E., & Loriedo, C. (Eds.). (2007). *Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e terapia* (Vol. 20). FrancoAngeli.
- Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental review*, 36, 105-126.
- Creswell, C., Cooper, P. J., & Murray, L. (2015). Parents with anxiety disorders. *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, 127-137.
- Crittenden, P. M., & Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 389-409.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175.
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 636-50.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). New directions in the study of parenting and child development. *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*, 200-250.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*. Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153-160.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 211-226.

- Dare, C., & Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 307-324). New York, NY, US: Guilford Press.
- Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B., & Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 389-396.
- Dazzi, N., & Speranza, A. M. (2005). Attaccamento e psicopatologia. *Infanzia e adolescenza*, 4(1), 18-30.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-Revised: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- de Amusquibar, A. G., & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(3), 225-230.
- Dietz, L. J., Jennings, K. D., Kelley, S. A., & Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(1), 48-61.
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(11), 1274.
- Dishman, R. K., Dowda, M., McIver, K. L., Saunders, R. P., & Pate, R. R. (2017). Naturally-occurring changes in social-cognitive factors modify change in physical activity during early adolescence. *PloS one*, 12, e0172040.
- Doba, K., & Nandrino, J. L. (2010). Is there a family typology of addictive behaviors? Critical review of the literature in the families of adolescents with an eating disorder or with a substance-dependence. *Psychologie Francaise*, 55(4), 355-371.
- Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. (1999). Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*, 1999(6), 282-283.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B., & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(1), 1-6.
- Engel, S. G., Corneliussen, S. J., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Le Grange, D., Crow, S., ... & Mitchell, J. E. (2005). Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 244-251.
- Engen, H. G., & Singer, T. (2015). Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social cognitive and affective neuroscience*, 10(9), 1291-1301.
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.

- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. NY: W.W. Norton.
- Ernst, A., Alkass, K., Bernard, S., Salehpour, M., Perl, S., Tisdale, J., ... & Frisé, J. (2014). Neurogenesis in the striatum of the adult human brain. *Cell*, 156, 1072-1083.
- Erol, A., Yazici, F., & Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48(1), 47-50.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fassino, S., Amianto, F., & Abbate-Daga, G. (2009). The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 232-239.
- Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of clinical psychiatry*, 70, 1715-1721.
- Feetham, S. L. (1988). *Developing programs of research of families*. Unpublished manuscript.
- Ferguson, C. J., Muñoz, M. E., Garza, A., & Galindo, M. (2014). Concurrent and prospective analyses of peer, television and social media influences on body dissatisfaction, eating disorder symptoms and life satisfaction in adolescent girls. *Journal of youth and adolescence*, 43, 1-14.
- Ferriter, C., & Ray, L. A. (2011). Binge eating and binge drinking: An integrative review. *Eating behaviors*, 12(2), 99-107.
- Fisher, M., & Bushlow, M. (2015). Perceptions of family styles by adolescents with eating disorders and their parents. *International journal of adolescent medicine and health*, 27(4), 443-449.
- Fivush, R., Haden, C. A., & Reese, E. (2006). Elaborating on elaborations: Role of maternal reminiscing style in cognitive and socioemotional development. *Child development*, 77(6), 1568-1588.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. S., & Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 434-441.

- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt impulsiveness scale-11 (Bis-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology, 57* (6), 815-828.
- Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale, in *Opere* vol. IV (1900-1905). Boringhieri, Torino 1970.
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M. G., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2001). *Valutazione dei problemi comportamentali in un campione italiano di soggetti attraverso la CBCL/4-18, il TFR e il YSR*. Relazione presentata al Seminario “La valutazione multiassiale su base empirica di T.M. Achenbach”. Roma: Facoltà di Psicologia, Università degli Studi “La Sapienza”, 23 maggio 2001.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry, 11*(3), 263-273.
- Fulkerson, J. A., Strauss, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. (2007). Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 181.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional approach. *New York: Brunner/Mazel*.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research, 6*(2), 123-150.
- Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Hamovit, J. R., Dibble, E. D., Kaye, W., Nurnberger, J. I., ... & Ebert, M. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *The American journal of psychiatry*.
- Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E., & Hardman, R. K. (2009). Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(2), 159-174.
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., ... & Rapoport, J. L. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 101*(21), 8174-8179.
- Goossens, L., Braet, C., Van Durme, K., Decaluwé, V., & Bosmans, G. (2012). The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(4), 445-457.
- Gowers, S. G., & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry, 174*(1), 63-66.

- Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Horton, N. J., Kleinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., ... & Gillman, M. W. (2016). Family functioning and quality of parent-adolescent relationship: cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *13*(1), 68.
- Haley, J. (1970). Family therapy. *International Journal of Psychiatry*, *9*, 233-242.
- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A. H., Kappler, C., & Vögele, C. (2009). Family structure, body mass index, and eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(4), 332-338.
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., & Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, *9*(3), 313-318.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. Guilford Publications, New York, NY, USA.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(6), 552-556.
- Haycraft, E., Goodwin, H., & Meyer, C. (2014). Adolescents' level of eating psychopathology is related to perceptions of their parents' current feeding practices. *Journal of adolescent health*, *54*(2), 204-208.
- Henry, C. S., Robinson, L. C., Neal, R. A., & Huey, E. L. (2006). Adolescent perceptions of overall family system functioning and parental behaviors. *Journal of child and family studies*, *15*(3), 308-318.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K., & Remschmidt, H. (2013). Growing up is hard: mental disorders in adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, *110*(25), 432.
- Hillard, E. E., Gondoli, D. M., Corning, A. F., & Morrissey, R. A. (2016). In it together: Mother talk of weight concerns moderates negative outcomes of encouragement to lose weight on daughter body dissatisfaction and disordered eating. *Body image*, *16*, 21-27.
- Hoffman, L. (1985) Beyond power and control: Toward a 'second order' family systems therapy. *Family Systems Medicine*, *4*, 381-396.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four factor index of social status*. New Haven, CT: Yale University. Unpublished manuscript.
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology review*, *34*(1), 29-43.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., & Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, *30*(1), 114-120.

- Hoste, R. R., Hewell, K., & le Grange, D. (2007). Family interaction among white and ethnic minority adolescents with bulimia nervosa and their parents. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(2), 152-158.
- Hoste, R. R., Labuschagne, Z., Lock, J., & Le Grange, D. (2012). Cultural variability in expressed emotion among families of adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 142-145.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hughes, S. O., Frankel, L. A., Beltran, A., Hodges, E., Hoerr, S., Lumeng, J., ...& Kremers, S. (2013). Food parenting measurement issues: Working group consensus report. *Childhood obesity*, 9(s1), S-95.
- Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206.
- Ioannou, K., & Fox, J. R. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 336-347.
- Jones, C. J., Leung, N., & Harris, G. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 319-330.
- Kaye, W. H., Wagner, A., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2010). Neurocircuitry of eating disorders. In *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 37-57). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorders*, 18(3), 226-238.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
- Kenny, M. E., & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 521.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... & Bruffaerts, R. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73, 904-914.
- Kestenberg, E. (1962). L'identité et l'identification chez les adolescents. *La Psychiatrie de l'enfant*, 5(2), 441.
- Kestenberg, E., Kestenberg, J., Decobert, S. (1974). *La fame e il corpo*. Roma: Astrolabio.

- Kitzman-Ulrich, H., Hampson, R., Wilson, D. K., Presnell, K., Brown, A., & O'Boyle, M. (2009). An adolescent weight-loss program integrating family variables reduces energy intake. *Journal of the American Dietetic Association, 109*(3), 491-496.
- Kitzman-Ulrich, H., Wilson, D.K., St George, S.M., Lawman, H., Segal, M., & Fairchild, A. (2010). The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 231–253.
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors, 9*(4), 471-483.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders, 42*(2), 97-103.
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders, 8*(1), 11-23.
- Kopko, K., & Dunifon, R. (2010). What's new: Parenting and adolescent development.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Haimovich, Z., & Etzion-Carasso, A. (2000). *Autobiographical emotional event dialogues: Classification and scoring system*. Unpublished manual. University of Haifa, Haifa, Israel.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Haimovich, Z., & Etzion-Carasso, A. (2003). Dialogues of seven-year-olds with their mothers about emotional events: Development of a typology. In R. N. Emde, D. P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem battery and parent-child narratives* (pp. 338-354). New York: Oxford University Press.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., & Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: the importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development, 10*(4), 465-483.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Yuval-Adler, S., & Mor, H. (2013). Emotion dialogues of foster caregivers with their children: the role of the caregivers, above and beyond child characteristics, in shaping the interactions. *Attachment & human development, 15*(2), 175-188.
- La Ferlita, V., Bonadies, M., Solano, L., De Gennaro, L., & Gonini, P. (2007). Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e Adolescenza, 6*(3), 131–144.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). Suicidal ideation and time perspective in high school students. *European Psychiatry, 24*(1), 41-46.

- Laghi, F., Baiocco, R., Peduto, A., Federico, F., & D'Alessio, M. (2011). Modelli identificativi proposti in TV e Binge Eating Disorder in adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 78(2), 433-448.
- Laghi, F., Baiocco, R., Ghezzi, E., & Cacioppo, M. (2012). Family functioning and eating disorders in adolescence Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. *Counselling*, 5(1), 55-69.
- Laghi, F., Pallini, S., D'Alessio, M., & Baiocco, R. (2011). Development and validation of the efficacious self-presentation scale. *The Journal of genetic psychology*, 172(2), 209-219.
- Laird, R. D., & De Los Reyes, A. (2013). Testing informant discrepancies as predictors of early adolescent psychopathology: Why difference scores cannot tell you what you want to know and how polynomial regression may. *Journal of abnormal child psychology*, 41(1), 1-14.
- Laliberté, M., Boland, F. J., & Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of clinical psychology*, 55(9), 1021-1040.
- Lamb, M. E. (2010). How do fathers influence children's development? Let me count the ways. *The role of the father in child development*, 1.
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of eating disorders*, 5(1), 12.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2007). Overview of management. *Eating disorders in childhood and adolescence*, 149-175.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (Eds.). (2013). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Routledge.
- Lattimore, P., Mead, B. R., Irwin, L., Grice, L., Carson, R., & Malinowski, P. (2017). 'I can't accept that feeling': Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry research*, 247, 163-171.
- Lau, W. C., Rafii, M. Y., Ismail, M. R., Puteh, A., Latif, M. A., & Ramli, A. (2015). Review of functional markers for improving cooking, eating, and the nutritional qualities of rice. *Frontiers in plant science*, 6, 832.
- Laufer, M., & Laufer, M. E. (1984), *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*, Vale University Press, New Haven (trad. it. *Adolescenza e breakdown evolutivo*, Boringhieri, Torino 1986).
- Le Grange, D., & Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159-173.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.

- Leung, J. T., & Shek, D. T. (2014). Parent–adolescent discrepancies in perceived parenting characteristics and adolescent developmental outcomes in poor Chinese families. *Journal of child and family studies*, 23(2), 200-213.
- Levine, M. P. (1987). *How schools can help combat student eating disorders. Anorexia Nervosa and Bulimia*. NEA Professional Library, PO Box 509, West Haven, CT 06516.
- Levine, M., & Smolak, L. (2013). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, 59-80.
- Lewis, G., Collishaw, S., Thapar, A., & Harold, G. T. (2014). Parent–child hostility and child and adolescent depression symptoms: the direction of effects, role of genetic factors and gender. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 317–327
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666-672.
- Loriedo C. (2014). Le dimensioni del modello circonflesso di Olson e i modelli clinici sistemico-relazionali. In E. Visani, S. Di Nuovo, & C. Loriedo (Eds.), *Faces IV. Il Modello Circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca* (pp 152-175). Milano: Franco Angeli.
- Loriedo, C., Costa E., Carrus, D., Stefani, S., & Bianchi, G. (2007). Percorsi modulari complessi per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione: dalla presa in carico al follow-up. In M. Biondi & C. Loriedo (Eds.). *La mente nella ricerca. Attività scientifica in psichiatria e psicologia medica*. Franco Angeli.
- Loth, K. A., MacLehose, R. F., Fulkerson, J. A., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Are food restriction and pressure-to-eat parenting practices associated with adolescent disordered eating behaviors?. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 310-314.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J. & Auerbach A. (1988). *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*. New York: Basic Books.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating behaviors*, 14(4), 497-499.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating behaviors*, 14(4), 497-499.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R., & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 1042-1050.

- McGoldrick, M., & Carter, E. A. (1982). *The family life cycle*. Guilford Press.
- Malagoli Togliatti, M., & Telfener, U. (1991). *Dall'individuo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Manasse, S. M., Goldstein, S. P., Wyckoff, E., Forman, E. M., Juarascio, A. S., Butryn, M. L., ... & Nederkoorn, C. (2016). Slowing down and taking a second look: Inhibitory deficits associated with binge eating are not food-specific. *Appetite*, *96*, 555-559.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. NY: John Wiley.
- Marcon, T. D., Girz, L., Stillar, A., Tessier, C., & Lafrance, A. (2017). Parental Involvement and Child and Adolescent Eating Disorders: Perspectives from Residents in Psychiatry, Pediatrics, and Family Medicine. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *26*(2), 78.
- Martín, A. R., Ruiz, J. N., Nieto, J. M., Jiménez, L. E., & De Haro, A. C. (2004). Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *European journal of clinical nutrition*, *58*(6), 846.
- McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 248-254.
- Mcdermott, B. M., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(4), 509-514.
- McGoldrick, M., & Carter, E. A. (1982). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Guilford family therapy series. Normal family processes* (pp. 167-195). New York, NY, US: Guilford Press.
- McMorris, B. J., Hemphill, S. A., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., & Patton, G. C. (2007). Prevalence of substance use and delinquent behavior in adolescents from Victoria, Australia and Washington State, United States. *Health education & behavior*, *34*, 634-650.
- Micali, N., Ploubidis, G., De Stavola, B., Simonoff, E., & Treasure, J. (2014). Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, *54*(5), 574-581.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, *27*(2), 77-102.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1979). Psychosomatic family in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *18*(1), 76-90.

- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Harvard University Press.
- 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(8), 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press.
- Mosby's Medical Dictionary, 8th edition (2009). Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/family+functions>.
- National Institute for Clinical Excellence. *Scientific and social value judgements*. London: NICE, 2004.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 664-672.
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 270-276.
- Newman, L. K., Harris, M., & Allen, J. (2011). Neurobiological basis of parenting disturbance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(2), 109-122.
- Nicolò Corigliano, A. M., & Ferraris, L. (1991). Famiglia e adolescenza. in Malagoli Togliatti M., Telfener U. (a cura di), *Dall'individuo al sistema, Manuale di psicopatologia relazionale*. Torino: Bollati Boronghieri.
- Novelletto, A. (1986). *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Borla.
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, 1(1), 21.
- Olson, D. H. (1988). Circumplex Model of family systems: VIII. Family assessment and intervention. *Journal of Psychotherapy & the Family*.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV and the Circumplex model*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. H. (2008). *FACEVS IV Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 64-80.

- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process, 18*(1), 3-28.
- Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso*. Milano: Franco Angeli.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Emotion dialogues between mothers and children at 4.5 and 7.5 years: Relations with children's attachment at 1 year. *Child development, 78*(1), 38-52.
- Paciello, M., Fida, R., Cerniglia, L., Tramontano, C., & Collie, E. (2012). High cost helping scenario: the role of empathy, prosocial reasoning and moral disengagement on helping behavior. *Personality and Individual Differences, 55*, 3-7.
- Paciello, M., Fida, R., Tramontano, C., Cole, E., & Cerniglia, L. (2013). Moral dilemma in adolescence: The role of values, prosocial moral reasoning and moral disengagement in helping decision making. *European Journal of Developmental Psychology, 10*, 190-205.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 269-275.
- Patton JH, Stanford MS (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768-774.
- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet, 369*(9567), 1130-1139.
- Pauls, B. S., & Daniels, T. (2000). Relationship among Family, Peer Networks and Bulimic Symptomatology in College Women. *Canadian Journal of Counselling, 34*(4), 260-72.
- Pearson, C. M., Zapolski, T. C., & Smith, G. T. (2015). A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *International Journal of Eating Disorders, 48*(2), 230-237.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders, 36*(3), 256-268.
- Petanjek, Z., Judaš, M., Šimić, G., Rašin, M. R., Uylings, H. B., Rakic, P., & Kostović, I. (2011). Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*, 13281-13286.
- Pilecki, M. W., & Józefik, B. (2013). Perception of transgenerational family relationships: Comparison of eating-disordered patients and their parents. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 19*, 1114.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample. *European psychiatry, 27*(8), 591-597.

- Raymo, J. M., Park, H., Xie, Y., & Yeung, W. J. J. (2015). Marriage and family in East Asia: Continuity and change. *Annual Review of Sociology*, *41*, 471-492.
- Råstam, M., Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Johansson, M. (1997). Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*(5), 385-388.
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, *615*(1), 11-37.
- Riquenes, V. & Sala Roca, J. (2015). Eating disorder risk and psychopathological dimensions. *Anuario de Psicología*, *45*(1).
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Basic Books.
- Rosen, D. S.-American Accademy of Pediatrics Committee on Adolescence (2010). Clinical report— Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, *126*(6), 1240-1253.
- Ruffman, T., Slade, L., Devitt, K., & Crowe, E. (2006). What mothers say and what they do: The relation between parenting, theory of mind, language and conflict/cooperation. *British Journal of Developmental Psychology*, *24*(1), 105-124.
- Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Feldman, T., Ram, A., Gur, E., Zubery, E., ... & Lock, J. D. (2015). Child feeding perceptions among mothers with eating disorders. *Appetite*, *95*, 67-73.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (Eds.). (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. Basic Books (AZ).
- Sameroff, A. J., McDonough, S. C., & Rosenblum, K. (Eds.). (2004). *Treating Parent--infant Relationship Problems: Strategies for Intervention*. Guilford Press.
- Sander, L. W. (1989). Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. *The course of life*, *1*, 359-91.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *2*(3), 223-228.
- Schuetzmann, M., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Schimmelmann, B. G. (2008). Associations among the perceived parent–child relationship, eating behavior, and body weight in preadolescents: results from a community-based sample. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*(7), 772-782.
- Schulze, D., Rother, U., Fuhrmann, A., Richel, S., Faulmann, G., & Heiland, M. (2006). Correlation of age and ossification of the medial clavicular epiphysis using computed tomography. *Forensic science international*, *158*(2-3), 184-189.

- Selvini, M. P. (1963). *L'anoressia mentale* (Vol. 8). Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M. S. (1985). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli, M. (2006). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e contro paradosso*.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19(1), 3-12.
- Selvini Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). Ragazze anoressiche e bulimiche. *La terapia familiare*. Milano: Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., & Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family process*, 27(2), 129-148.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
- Sherman, M. H. (1990). Family narratives: Internal representations of family relationships and affective themes. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 253-258.
- Shifflet-Chila, E. D., Harold, R. D., Fitton, V. A., & Ahmedani, B. K. (2016). Adolescent and family development: Autonomy and identity in the digital age. *Children and Youth Services Review*, 70, 364-368.
- Shisslak, C. M., McKeon, R. T., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 185-189.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Sigel, E. (2008). Eating Disorders. *Adolescent Medicine: state of the art Review*, 19, 547-72.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., VandeVoort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.

- Simmonds, D. J., Hallquist, M. N., Asato, M., & Luna, B. (2014). Developmental stages and sex differences of white matter and behavioral development through adolescence: a longitudinal diffusion tensor imaging (DTI) study. *Neuroimage*, *92*, 356-368.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence*. Springer.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *26*(6), 543-548.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(6), 610-619.
- Song, Y., Ma, J., Wang, H. J., Wang, Z., Hu, P., Zhang, B., & Agardh, A. (2014). Trends of age at menarche and association with body mass index in Chinese school-aged girls, 1985-2010. *The Journal of pediatrics*, *165*(6), 1172-1177.
- Speranza, A. M., (2010). Disturbi comportamentali. In M. Ammaniti (a cura di), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio* (pp.203- 221). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Speranza, A. M., (2014). I disturbi del comportamento alimentare. In V. Lingiardi e F. Gazzillo (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento* (pp.809-823). Milano: Raffello Cortina Editore.
- Speranza, A. M., & Williams, R. (2009). Fare diagnosi nell'infanzia e nell'adolescenza. In N. Dazzi, V. Lingiardi, & F. Gazzillo (Eds.). *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Stanton, B., Li, X., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., & Burns, J. M. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health*, *79*(4), 536-548.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of “restricters” and “bingers” to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, *10*(5), 501-512.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, *9*, 69-74.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, *28*, 78-106

- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., & Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), i38-i46.
- Steinhausen, H. C., Gavez, S., & Winkler Metzke, C. (2005). Psychosocial correlates, outcome, and stability of abnormal adolescent eating behavior in community samples of young people. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 119-126.
- Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 25-31.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior therapy*, 29(2), 257-276.
- Stierlin, H., & Weber, G. (1989). *Unlocking the family door: A systemic approach to the understanding and treatment of anorexia nervosa*. Brunner/Mazel.
- Stiles-Shields, C., Rienecke Hoste, R., M Doyle, P., & Le Grange, D. (2012). A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Reviews on recent clinical trials*, 7(2), 133-140.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 17-29.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68, 714-723.
- Szabo, C. P., Goldin, J., & Le Grange, D. (1999). Application of the family relations scale to a sample of anorexics, bulimics and non-psychiatric controls: a preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 7(1), 37-46.
- Tafà, M. (2007). Il Faces III. In S. Mazzoni & M. Tafà (a cura di). *L'intersoggettività nella famiglia. Procedure multimetodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari*. (pp. 163-179). Milano: Franco Angeli.
- Tafà, M., & Baiocco, R. (2009). Addictive behavior and family functioning during adolescence. *The American journal of family therapy*, 37(5), 388-395.
- Tambelli, R., Cimino, S., Cerniglia, L., & Ballarotto, G. (2015). Early maternal relational traumatic experiences and psychopathological symptoms: a longitudinal study on mother-infant and father-infant interactions. *Scientific reports*, 5, 13984.

- Tambelli, R., Cerniglia, L., Cimino, S., Ballarotto, G., Paciello, M., Lubrano, C., ... & Lenzi, A. (2017). An exploratory study on the influence of psychopathological risk and impulsivity on BMI and perceived quality of life in obese patients. *Nutrients*, 9(5), 431.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*.
- Tetzlaff, A., & Hilbert, A. (2014). The role of the family in childhood and adolescent binge eating. A systematic review. *Appetite*, 76, 208.
- Thompson, R. A., & Lagattuta, K. H. (2006). Feeling and understanding: Early emotional development. *Blackwell handbook of early childhood development*, 317-337.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., & Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 170-180.
- Trasarti Sponti W., Stefani S., Loredi, C. (2007), I disturbi del comportamento alimentare nell'ottica relazionale sistemica. In E. Costa E. & C. Loredi (a cura di), *Disturbi della Condotta Alimentare* (pp. 275-294). Milano: Franco Angeli.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(7), 343-347.
- Treasure, J., Schmidt, U., & Van Furth, E. (Eds.). (2003). *Handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons.
- van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Covert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 1007-1020.
- Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, J. (1989). *The Family Approach to eating Disorders: assesment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. PMA Publishing.
- van Duijvenvoorde, A. C., Peters, S., Braams, B. R., & Crone, E. A. (2016). What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 135-147.
- Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Huizink, A. C. (2009). The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1209-1217.
- Vasconcelos, A. G., Malloy-Diniz, L., & Correa, H. (2012). Systematic review of psychometric properties of Barratt impulsiveness scale version 11 (Bis-11). *Clinical Neuropsychiatry*, 9(2), 61-74.

- Verkuijl, N. E., Richter, L., Norris, S. A., Stein, A., Avan, B., & Ramchandani, P. G. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: a prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 454-460.
- Vidović, V., Jures, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Visani, E. (2014). Studi sul funzionamento familiare: osservazioni complessive. In E. Visani, S. Di Nuovo, & C. Loriedo (Eds.), *Faces IV. Il Modello Circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca* (pp. 148-152). Milano: Franco Angeli.
- Visani E., Orrù C., Zullo D., & Loriedo C. (2014). Stili di funzionamento delle famiglie con una persona con disturbi del comportamento alimentare. In E. Visani, S. Di Nuovo, & C. Loriedo (Eds.), *Faces IV. Il Modello Circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca* (pp 101-113). Milano: Franco Angeli.
- Von Bertalanffy, L. (1950). An outline of general system theory. *British Journal for the Philosophy of science*.
- Walsh, B. T., & Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, 280(5368), 1387-1390.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L., & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: A three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1971). Pragmatica della comunicazione umana. *Astrolabio, Roma*, 35.
- Watson, H. E. R., Dreher, C., & Steele, A. (2010). Eating disorders prevention, treatment & management: An evidence review. *The National Eating Disorders Collaboration*.
- Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2010). Risk and protective factors for disturbed eating: a 7-year longitudinal study of eating attitudes and psychological factors in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15(4), e208-e218.
- Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585.
- Winokur, A., March, V., & Mendels, J. (1980). Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, W. L., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11(2), 89-99.

- Woodside, D. B., Swinson, R. P., Kuch, K., & Heinmaa, M. (1996). Family functioning in anxiety and eating disorders—A comparative study. *Comprehensive psychiatry*, 37(2), 139-143.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., ... & Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 290-299.
- Wooldridge, T., & Lytle, P. P. (2012). An overview of anorexia nervosa in males. *Eating disorders*, 20(5), 368-378.
- Yu, S., Clemens, R., Yang, H., Li, X., Stanton, B., Deveaux, L., ... & Harris, C. (2006). Youth and parental perceptions of parental monitoring and parent-adolescent communication, youth depression, and youth risk behaviors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(10), 1297-1310.
- Zavattini, G. C. (2008). Introduzione ai disturbi dell'alimentazione in adolescenza. *Infanzia e Adolescenza*, 2, 61-68.
- Zipfel S., Lowe B., Herzog W. (2006). Complicanze mediche. In Treasure J., Schmidt U., van Furth E. (eds). I disturbi dell'alimentazione, Il Mulino Milano.
- Zucker, N., Moskovich, A., Vinson, M., & Watson, K. (2013). Emotions and empathic understanding: Capitalizing on relationships in those with eating disorders. In J. Alexander & J. Treasure (Eds.), *A collaborative approach to eating disorders* (pp. 52–61). New York, NY: Routledge.