



OPEN  ACCESS

Anorexic families and bulimic families: psychopathological risk and family functioning

Famiglie anoressiche e bulimiche: rischio psicopatologico e funzionamento familiare

Mimma Tafà^{a,*}, Eleonora Marzilli^a, Silvia Cimino^a, Luca Cerniglia^b, Fabrizia Bracaglia^a

^a *Department of Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza, University of Rome*

^b *International Telematic University "UNINETTUNO", Italy*

ARTICLE INFO

Submitted: 02 May 2017

Accepted: 10 July 2017

DOI: 10.4458/9453-01

ABSTRACT

The adolescent phase represents a difficult transition of the life cycle for both teenage child and the whole family. The Relational Systemic Theory describes it as a co-evolutionary process in which parents and children are equally involved in this difficult evolutionary challenge. For this reason the present study aims to investigate both the family functioning and the individual psychopathological features of family members. N=90 clinic families turned to public and private facilities in Central Italy, seeking support for female adolescents' eating disorders, were divided in two groups according to the symptomatology manifested by adolescent and diagnosed by DSM 5. Two self-reports were given to parents and daughters separately: the SCL-90/R, that examines the psychopathological symptoms of the subjects, and the Faces IV, that measures family functioning. The results show that anorexic families have the worst functioning and adolescents of this group present the most intense psychopathological disturbances.

Keywords: Adolescence; Eating Disorders; Parental Psychopathological Risk; Family Functioning.

RIASSUNTO

La fase dell'adolescenza rappresenta una transizione difficile del Ciclo Vitale sia per il giovane che per l'intera famiglia. A questo proposito la Teoria Sistemica Relazionale la descrive come un processo di co-evoluzione in cui genitori e figli sono parimenti impegnati in questa difficile sfida evolutiva. Per questo lo studio vuole indagare sia il funzionamento familiare, sia le caratteristiche psicopatologiche individuali dei protagonisti. Hanno preso parte alla ricerca 90 famiglie cliniche che si sono rivolte a strutture pubbliche e private dell'Italia centrale, richiedendo un supporto per i disturbi alimentari delle figlie adolescenti. Le famiglie sono state divise in due gruppi in base alla sintomatologia manifestata dalle ragazze e diagnosticata tramite il DSM 5. Sia ai genitori che alla figlia separatamente sono stati somministrati due strumenti self-report: l'SCL-90/R che misura i sintomi psicopatologici dei soggetti ed il FACES-IV, che misura il funzionamento familiare. Dai risultati emerge il peggior funzionamento delle famiglie anoressiche, ma anche una maggiore intensità dei disturbi psicopatologici delle adolescenti di questo gruppo.

Parole chiave: Adolescenza; Disturbi Alimentari; Rischio psicopatologico materno e paterno; Funzionamento Familiare.

*Corresponding author.

Mimma Tafà

Department of Dynamic and Clinical Psychology, "Sapienza" University of Rome via degli Apuli, 1, 00185, Rome, Italy.

Email: mimma.tafa@uniroma1.it

(M. Tafà)



RdP

Introduzione

È opinione condivisa in letteratura, l'importanza delle relazioni familiari nel sostenere gli sforzi degli adolescenti per ottenere crescente indipendenza e per gestire le molte sfide che essi debbono affrontare in questa fase (Scabini & Cigoli, 2006; Raboteg-Saric & Sakic, 2014; Moyer & Sandoz, 2015; Langdon-Daly & Serpell, 2017); il compito evolutivo principale degli adolescenti risulta il raggiungimento dell'indipendenza psicologica dai genitori (Younnis & Smollar, 1985). Secondo la teoria sistemico-relazionale, questo compito evolutivo è caratterizzato da un processo di *co-evoluzione* (Onnis, 2010): i genitori e gli adolescenti sono impegnati, insieme, in una sfida di sviluppo (Minuchin, 1974). È necessario dunque che la famiglia sia sufficientemente flessibile da permettere le trasformazioni a carico dell'adolescente, mettendo in crisi la precedente organizzazione di ruoli: solo così consentirà al giovane ragazzo di individuarsi, separandosi progressivamente dalla famiglia, senza però perderne il legame che garantisce il suo sentimento di appartenenza familiare. Il sistema familiare deve essere in grado di compiere un processo evolutivo *analogo e sincrono* a quello in cui è impegnato il figlio. Per questo, la crescita dell'adolescente e la crescita del corpo familiare sono *interdipendenti*: l'una non può avvenire senza l'altra (Tafà & Baiocco, 2009).

Dai testi classici di Minuchin (1980) e Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al., 1998), il comportamento alimentare - soprattutto nei suoi aspetti psicopatologici - è stato messo in relazione alle dinamiche familiari. Dagli studi di Minuchin emerge come queste famiglie - in particolare quelle anoressiche - siano caratterizzate da invischiamento, elevata rigidità, iperprotezione, evitamento del conflitto e triangolazione del figlio. È stato inoltre suggerito come spesso le percezioni familiari dei vari membri correlino tra loro (Pilecki & Józefik, 2013) e una recente revisione sistematica (Doba & Nandrino, 2010) ha confermato la presenza ricorrente di confini diffusi, invischiamento, rigidità e povertà di comunicazione emozionale, sia nelle famiglie anoressiche che in quelle bulimiche.

Dalla letteratura emerge, inoltre, che un buon livello di coesione può rappresentare un fattore protettivo (Franko et al, 2008). Oltre ad essa, risultano essere ugualmente fattori protettivi, anche una buona relazione genitore/figlio, dei confini chiari ed una comunicazione aperta (Latzer, Lavee, Gal, 2009). Anche buoni livelli flessibilità da parte dei genitori, ovvero la loro capacità di adattarsi alle esigenze emotive mutevoli dei figli, risultano essere una strategia efficace nella mediazione del rapporto con loro (Moyer & Sandoz, 2015). Al contrario, famiglie con un inadeguato funzionamento, caratterizzate da una mancanza di coesione e di flessibilità, predicono bassi livelli di autostima, di alta insoddisfazione verso il proprio corpo, interiorizzazione di un forte ideale di magrezza ed eccessiva enfasi sul peso corporeo, a loro volta correlati alla comparsa di disturbi alimentari (Eddy et al., 2007; Meno et al., 2008).

In ogni caso, molti contributi condividono l'associazione tra il funzionamento della famiglia ed i disturbi alimentari (tra gli altri, vedi Bowles, Kurlender, Hellings, 2011; Langdon-Daly, Serpell, 2017). La recente letteratura nel campo di tali disturbi (DCA), ha suggerito una prevalenza dello 0,5-1,0% per l'anoressia nervosa (AN) tra gli adolescenti e gli adulti in campioni rappresentativi, mentre dello 0,5-3,0% per la bulimia nervosa (BN) (Swanson et al., 2011). Altri autori (Smink et al., 2014), indicano che il 5,7% delle femmine adolescenti e l'1,2% degli adolescenti maschi, hanno mostrato DCA in campioni rappresentativi, confermando la maggiore prevalenza di disturbi alimentari tra le ragazze.

Le fasi della prima adolescenza e della pubertà sono state descritte come un periodo difficile, durante il quale la crescita fisica è più veloce di qualsiasi altro momento a parte i mesi prenatali e la prima infanzia. Il cervello e le funzioni cognitive maturano (Siegel, 2014) e le relazioni con i coetanei acquistano un ruolo centrale (Ferguson et al., 2014), favorendo una riorganizzazione del funzionamento familiare. Inoltre diversi studi, che hanno origine nella ricerca genetica ed epigenetica, hanno dimostrato che gli adolescenti di sesso femminile con disturbi alimentari possono mostrare comorbidità nella diagnosi del disturbo borderline di personalità, depressione e disturbo di personalità evitante (Pope & Hudson, 1989; D'Arista et al., 2008; Boisseau et al., 2009), ma alcuni studi hanno anche suggerito che questi adolescenti possono soffrire di forme subcliniche di difficoltà psicologiche, soprattutto nella zona di ansia e sintomi depressivi (Stice, Marti, Durant, 2011; Holm-

Denoma, Hankin, Young, 2014). Tuttavia, scarsa ricerca è rivolta a specifiche forme di disturbi alimentari e le loro associazioni con particolari sintomi psicopatologici, che possono orientare pianificazioni di trattamento.

Oltre all'importanza dello stile di funzionamento familiare e la qualità delle relazioni familiari, diversi studi hanno recentemente dimostrato un'associazione tra disturbi alimentari degli adolescenti ed il rischio psicopatologico dei genitori (ad esempio, i sintomi ansiosi e depressivi: Sellers et al., 2013). La maggior parte di questi studi ha affrontato associazioni tra psicopatologia materna e/o rischio psicopatologico (ad esempio depressione, sintomi di ansia, disturbi alimentari) e l'insorgenza di disturbi alimentari negli adolescenti di sesso femminile (Striegel-Moore et al. 2005; Haycraft et al., 2014). Inoltre, è stato evidenziato come il rischio psicopatologico dei genitori, e specialmente materno, sia associato al funzionamento psicologico dell'adolescente (Isnard et al., 2010), mentre vi è una carenza di ricerca sul rischio psicopatologico paterno ed il suo ruolo nel promuovere disturbi alimentari nelle loro figlie (Berge et al., 2010).

Non è trascurabile il significativo contributo del quadro teorico sistemico relazionale che ha sottolineato il ruolo delle caratteristiche familiari nel predire l'insorgenza di disturbi alimentari. Il tradizionale lavoro di Minuchin (Minuchin, Rosman, Baker, 1978) ha dimostrato - clinicamente - come questi genitori rischiano di proteggere eccessivamente i loro figli, essendo invischiati, evitando i conflitti, e mostrando un funzionamento rigido. Più di recente, alcuni autori (Goodier et al., 2014) hanno puntualizzato come i modelli relazionali sono spesso coerenti alla loro scarsa qualità dell'interazione durante l'infanzia.

Il contributo di ricerca che verrà descritto, rappresenta una *Family Research*, come già da tempo segnalato da Feetham (1988, citato in Lanz, Rosnati, 2002). L'Autore ha colto infatti la distinzione tra i cosiddetti *Family Related Studies*, che considerano le percezioni individuali di un singolo soggetto relative ad alcune caratteristiche delle relazioni familiari, trattandole erroneamente come «dati relazionali», e le vere e proprie *Family Researches*, che focalizzano l'attenzione sull'intera famiglia come unità di analisi, attraverso le percezioni di tutti i membri familiari misurati, assumendo così una prospettiva multipla.

Nel particolare, alla luce dei dati disponibili in letteratura, il presente studio intende verificare se i membri familiari di famiglie di adolescenti con anoressia nervosa (Gruppo A) e bulimia nervosa (Gruppo B) presentano un profilo psicologico peculiare, e come esso possa affiancarsi ad una rappresentazione specifica del funzionamento familiare, tenendo conto del Modello Circonflesso di Olson (Olson et al., 1979). Nel particolare, in base alle precedenti premesse teoriche, ipotizziamo che: a) emergano differenze nei profili psicologici e nel rischio psicopatologico dei membri familiari, tra il gruppo A e B; b) il profilo psicologico delle adolescenti sia associato al rischio psicopatologico dei genitori, nei due gruppi; c) la percezione del funzionamento familiare delle adolescenti differisca da quelle di madri e padri, nel gruppo A e B; d) le percezioni del funzionamento familiare della ragazza siano associate a quelle dei suoi genitori, nei due gruppi considerati.

Metodo

Partecipanti e procedura

La collaborazione con diversi centri di consultazione pubblica e privata del Centro Italia, durante il periodo di un anno, ha consentito di considerare per il nostro studio N=426 famiglie con ragazze adolescenti, di un'età compresa tra i 13 e i 15 anni, che richiedevano un supporto clinico per un disturbo alimentare delle figlie. In seguito alla valutazione diagnostica ed in accordo con i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), sono stati considerati i seguenti criteri di esclusione: ragazze adolescenti che non hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica (N=152); ragazze con una diagnosi di AN o BN già incluse in un trattamento psicologico, psichiatrico e/o farmacologico (N= 21); ragazze che hanno ricevuto una diagnosi in comorbidità con altri disturbi psichiatrici (N=76).

Per gli scopi del presente studio, dal campione risultante di 173 soggetti (N=82 con AN; N=91 con BN) con età media di 14.02 anni ($ds = .779$) sono stati selezionati casualmente (attraverso un software informatico) 45 soggetti per ogni disturbo, che sono andati a costituire i due gruppi del campione (Ntot=90): Gruppo A, composto da N=45 ragazze con diagnosi di Anoressia Nervosa; Gruppo B, composto da N=45 ragazze con diagnosi di Bulimia Nervosa. Numerose famiglie del presente studio (88,7%) avevano uno status socio-economico (SES) medio (Hollingshead, 1975) e la maggior parte (91,1%) erano gruppi familiari intatti, con figlie adolescenti primogenite che vivevano con entrambi i genitori. Inoltre, il 94,5% delle famiglie era di razza Caucasica.

Strumenti

Valutazione del rischio psicopatologico

Il *Symptom CheckList-90 item-Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) è un questionario *self-report*, composto da 90 item, che fornisce una misura standardizzata dello status psicologico e/o psicopatologico attuale, applicabile a popolazioni normali o psichiatriche di adulti e di adolescenti. La SCL-90-R permette di ottenere un ampio spettro di informazioni sull'esperienza soggettiva attuale di benessere e/o di disagio psicologico, consentendo di effettuare screening sia in ambito clinico che di ricerca. Gli item sono raggruppati in nove scale cliniche: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoide, Psicoticismo. La SCL-90-R si valuta su una scala Likert da 0 (per niente) a 4 (molto), relativamente a sintomatologie esperite nella settimana precedente. La validazione italiana ha mostrato una buona coerenza interna (alfa di Cronbach= 0,70–0,96: Prunas et al., 2012).

Valutazione della percezione del funzionamento familiare

La *Family Adaptability and Cohesion Evaluation scale IV* (FACES-IV; Olson, 2011; validazione italiana, Baiocco, Cacioppo, Laghi, Tafà, 2013) è 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, Sprenkle, Russell, 1979). Il Faces IV si articola in 42 item a cui i soggetti possono manifestando il loro grado di accordo/disaccordo scegliendo su una scala Likert a 5 punti dal massimo accordo (5) al massimo disaccordo (1). Lo strumento permette di valutare l'Adattabilità e la Coesione attraverso sei scale, di cui due Bilanciate (Coesione e Flessibilità) e quattro Non Bilanciate (Rigidità, Caoticità, Invischiamento e Disimpegno) valutando con queste ultime, le estremità inferiori e superiori di Coesione e Flessibilità (Olson, 2011). Lo strumento comprende anche due scale aggiuntive: la *Family Communication scale* (FCS), è una breve scala di 10 item di tipo Likert. Inoltre la scala della Soddisfazione Familiare o *Family Satisfaction Scale* (FSS) costituita da ulteriori 10 item del Faces IV, sviluppata da Olson (1995) in relazione al Modello Circonflesso: essa esprime il grado in cui i membri della famiglia si sentono soddisfatti e realizzati per le loro Coesione, Flessibilità e Comunicazione. Tanto più i valori della Comunicazione e della Soddisfazione saranno alti, tanto più i familiari apprezzeranno 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. 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, 2010, 2011).

Analisi dei dati

Prima di condurre le analisi statistiche, è stata accertata la normalità delle variabili. È stata condotta un'analisi della varianza univariata (ANOVA), per verificare l'esistenza di differenze tra i punteggi di madri, padri e figlie adolescenti in tutte le dimensioni valutate dall'SCL-90-R, considerando come variabile dipendente il fattore gruppo. Successivamente, sono state condotte analisi di correlazione per verificare la presenza di associazioni significative tra le dimensioni dell'SCL-90-R delle diadi madri-figlie e padri-figlie dello stesso gruppo. È stata inoltre condotta

un'ANOVA per verificare la presenza di differenze nella percezione del funzionamento familiare di madri, padri e ragazze adolescenti, all'interno di ogni gruppo. Infine, per verificare la presenza di eventuali associazioni tra la percezione del funzionamento familiare delle diadi genitore-adolescente, sono state condotte analisi correlazionali di *Pearson*, nei due gruppi considerati. Tutte le analisi sono state condotte con il software statistico SPSS (Versione 23.0).

Risultati

Valutazione del profilo psicologico delle adolescenti e del rischio psicopatologico dei genitori

Per verificare eventuali differenze tra il profilo psicologico delle adolescenti con anoressia nervosa (Gruppo A) con quello delle coetanee con bulimia nervosa (Gruppo B), è stata condotta un'analisi della varianza univariata (ANOVA) sulle medie dei punteggi di tutte le sottoscale dell'SCL-90-R nei due gruppi considerati (Tab. 1). È emerso innanzitutto che le differenze sono risultate *tutte* significative, eccetto l'*Ansia* e, con minore intensità, lo *Psicoticismo*. In particolare, le ragazze del Gruppo A rispetto a quelle del Gruppo B, hanno riportato punteggi significativamente superiori alle scale *Ostilità*, *Sensibilità Interpersonale*, *Psicoticismo*, *Ossessione-Compulsione*, *Depressione*, mostrando inoltre punteggi al di sopra dei *cut-off* clinici per la popolazione italiana (Prunas et al., 2012) in *tutte* le sottoscale dell'SCL-90-R.

Le adolescenti bulimiche (Gruppo B), invece, hanno mostrato punteggi più alti di *Somatizzazione*, *Ansia Fobica* ed *Ideazione Paranoide*, superando i *cut-off* clinici in queste sottoscale (ibidem).

Tabella 1. Statistiche descrittive e significatività degli effetti relativi all'analisi della varianza condotta tra i punteggi delle adolescenti del Gruppo A e del Gruppo B a tutte le sottoscale dell'SCL-90-R

Dimensioni SCL-90 R	Gruppo A (N=45) M (DS)	Gruppo B (N=45) M (DS)	F(1,88)	η_p^2
Somatizzazione	1.01 (.39)	3.5 (.27)	1215.6**	.93
Ossessione-Compulsione	3.4 (.28)	.74 (.49)	1029.8**	.92
Sensibilità interpersonale	1.2 (.59)	.77 (.50)	15.1**	.14
Depressione	3.4 (.22)	.79 (.52)	999.7**	.91
Ansia	1.1 (.52)	1.01 (.50)	1.2	-
Ostilità	3.4 (.40)	.95 (.56)	569.9**	.86
Ansia fobica	1.02 (.43)	3.4 (.28)	991.7**	.91
Ideazione Paranoide	1.04 (.46)	3.5 (.31)	876.2**	.90
Psicoticismo	1.04 (.50)	.81 (.41)	5.6*	.06

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. Gruppo A= Ragazze adolescenti con Anoressia Nervosa; Gruppo B= Ragazze adolescenti con Bulimia Nervosa; η_p^2 Effetti deboli (.01), medi (.06), robusti (.14) effects.

Relativamente al rischio psicopatologico materno, è stata analogamente condotta un'ANOVA sui punteggi delle madri a tutte le sottoscale dell'SCL-90-R nei due gruppi (Tab. 2). Le analisi hanno evidenziato la presenza di differenze significative tra le madri del gruppo A e quelle del Gruppo B: in particolare nella sintomatologia depressiva, dove sono le mamme del gruppo A a riportare i punteggi più alti, e relativamente all'*Ansia Fobica*, in cui sono le mamme del gruppo B ad avere punteggi significativamente superiori.

Inoltre, i punteggi delle madri del gruppo A, hanno superato i *cut-off* clinici per la popolazione Italiana (Prunas et al., 2012) ad alcune sottoscale dell'SCL-90-R ossia *Sensibilità Interpersonale*, *Depressione*, *Ostilità*, *Ansia Fobica* e *Psicoticismo*. Le madri del Gruppo B hanno superato i *cut-off* in aree parzialmente simili: quelle dell'*Ostilità*, dell'*Ansia Fobica* e dello *Psicoticismo*, ma anche dell'*Ideazione Paranoide*.

Tabella 2. Statistiche descrittive e significatività degli effetti relativi all'analisi della varianza condotta tra i punteggi delle madri del Gruppo A e del Gruppo B a tutte le sottoscale dell'SCL-90-R

Dimensioni SCL-90 R	Gruppo A (N=45) M (DS)	Gruppo B (N=45) M (DS)	F(1,88)	η^2
Somatizzazione	.87 (.50)	.72 (.36)	2.8	-
Ossessione-Compulsione	.99 (.62)	.73 (.72)	3.2	-
Sensibilità interpersonale	.92 (.65)	.72 (.44)	2.9	-
Depressione	3.4 (.43)	.89 (.56)	576.6 **	.86
Ansia	.86 (.53)	.84 (.40)	.03	-
Ostilità	.95 (.75)	.91 (.55)	.05	-
Ansia fobica	.96 (.70)	1.6 (.36)	38.9**	.30
Ideazione Paranoide	.89 (.62)	.99 (.49)	.70	-
Psicoticismo	.85 (.65)	1.1 (.60)	3.04	-

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. Gruppo A= Madri di ragazze con Anoressia Nervosa; Gruppo B= Madri di ragazze con Bulimia Nervosa; η^2 Effetti deboli (.01), medi (.06), robusti (.14) effects.

Relativamente al rischio psicopatologico della figura paterna dei due gruppi, la Tabella 3 mostra innanzitutto una minore intensità ed un minor numero delle differenze statistiche tra i due gruppi. I padri delle ragazze anoressiche (Gruppo A), rispetto ai padri delle adolescenti bulimiche (Gruppo B), presentano punteggi significativamente maggiori di *Somatizzazione* e di *Psicoticismo*. Inoltre, i loro punteggi ad alcune sottoscale dell'SCL-90-R, ossia *Ossessione-Compulsione*, *Ansia*, *Ansia Fobica* e *Psicoticismo*, superano i *cut-off*. I padri del gruppo B superano i *cut-off* alle stesse sottoscale, tranne *Psicoticismo*.

Tabella 3. Statistiche descrittive e significatività degli effetti relativi all'analisi della varianza condotta tra i punteggi dei padri del Gruppo A e del Gruppo B a tutte le sottoscale dell'SCL-90-R

Dimensioni SCL-90 R	Gruppo A (N=45) M (DS)	Gruppo B (N=45) M (DS)	F(1,88)	η^2
Somatizzazione	.49 (.36)	.32 (.29)	5.4*	.05
Ossessione-Compulsione	2.8 (.19)	2.8 (.23)	1.3	-
Sensibilità interpersonale	.38 (.33)	.46 (.38)	1.2	-
Depressione	.38 (.26)	.31 (.27)	1.2	-
Ansia	2.8 (.21)	2.8 (.21)	.03	-
Ostilità	.34 (.44)	.28 (.32)	.58	-
Ansia fobica	2.8 (.28)	2.8 (.32)	.46	-
Ideazione Paranoide	.50 (.46)	.34 (.35)	3.1	-
Psicoticismo	.50 (.37)	.33 (.24)	6.5*	.06

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. Gruppo A= Padri di ragazze con Anoressia Nervosa; Gruppo B= Padri di ragazze con Bulimia Nervosa; η^2 Effetti deboli (.01), medi (.06), robusti (.14) effects.

Inoltre, per verificare la presenza di associazioni tra il funzionamento psicologico delle figlie e dei loro genitori, nei due gruppi considerati, sono state condotte analisi correlazionali di *Pearson*.

Rispetto al gruppo A, la Tabella 4 mostra che la *Sensibilità Interpersonale* delle ragazze è correlata particolarmente alla dimensione materna di *Ossessione-Compulsione*. Inoltre, l'*Ansia* delle adolescenti anoressiche è risultata associata con tutte le sottoscale materne, tranne *Depressione* e *Ansia*; l'*Ansia Fobica* correla con tutte le dimensioni psicopatologiche materne tranne la *Depressione*. L'*Ideazione Paranoide* delle adolescenti correla con tutte le sottoscale materne tranne quelle dell'*Ossessione-Compulsione* e della *Depressione*. Infine lo *Psicoticismo* delle adolescenti con la *Somatizzazione*, l'*Ossessione-Compulsione*, l'*Ansia Fobica*, l'*Ideazione Paranoide*, lo *Psicoticismo* materni. Ma anche rispetto alla diade

padre-figlia emergono correlazioni significative. In particolare, la *Somatizzazione* dell'adolescente correla con la *Sensibilità Interpersonale*, l'*Ansietà* e lo *Psicoticismo* del padre. La *Sensibilità Interpersonale* dell'adolescente con l'*Ansia*, l'*Ansia Fobica*, l'*Ideazione Paranoide* e lo *Psicoticismo* paterni, l'*Ansia* delle figlie con la *Somatizzazione* dei padri. L'*Ostilità* delle adolescenti correla inoltre con lo *Psicoticismo* paterno. Infine lo *Psicoticismo* delle adolescenti si connette a quello del padre (Tab. 4).

Tabella 4. Correlazioni tra i punteggi delle adolescenti e dei genitori del Gruppo A alle sottoscale dell'SCL-90-R

Adolescenti	Madri								
	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	.09	.32*	.16	-.22	.26	.12	.33*	.02	.21
O-C	-.08	.18	-.04	.13	.00	.03	.13	-.03	-.01
I-S	.33*	.47**	.33*	-.08	.18	.34*	.23	.32*	.24
DEP	-.25	-.04	-.08	.17	-.01	-.09	-.01	.01	-.11
ANX	.41**	.39**	.41**	-.12	.23	.45**	.31*	.41**	.36*
HOS	-.11	-.10	-.22	.48**	-.21	-.24	-.19	-.14	-.09
PHOB	.42**	.47**	.34*	-.12	.33*	.44**	.64**	.32*	.34*
PAR	.41**	.26	.42**	-.08	.43**	.39**	.59**	.35*	.44**
PSY	.46**	.38**	.16	-.07	.32*	.35*	.43**	.43**	.41**
Adolescenti	Padri								
	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	.20	.14	.40**	.05	.47**	.12	.34*	.04	.46**
O-C	.01	.12	.12	.18	.03	.01	-.01	.16	-.05
I-S	.13	-.21	.27	-.02	.44**	-.01	.38**	.29*	.46**
DEP	-.01	.01	.08	.07	.15	.01	.15	.16	.29
ANX	-.46**	-.14	-.22	-.10	.02	-.19	-.03	.27	.16
HOS	-.01	-.17	.35*	-.13	.33*	-.09	.37*	.31*	.48**
PHOB	.18	.13	-.02	-.11	-.21	-.10	.05	-.08	-.09
PAR	.07	-.20	.17	.13	.15	-.11	.28	.29*	.11
PSY	-.19	-.18	.03	-.23	-.01	.08	-.09	.06	.44**

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. SOM= Somatizzazione, O-C= Ossessione-Compulsione, I-S= Sensibilità Interpersonale, DEP= Depressione, ANX= Ansia, HOS= Ostilità, PHOB= Ansia Fobica, PAR= Ideazione Paranoide, PSY= Psicoticismo

Anche relativamente alle ragazze del gruppo B, i risultati mostrano la presenza di correlazioni significative (Tab. 5) con le proprie madri: il loro punteggio di *Somatizzazione* correla soprattutto con l'*Ansia Fobica* materna; inoltre l'*Ansia* delle adolescenti correla con quella delle madri. La figura paterna del gruppo B mostra solo *due* correlazioni particolarmente significative: la *Sensibilità Interpersonale* delle Adolescenti correla con lo *Psicoticismo* del padre, mentre quello dell'adolescente correla con l'*Ideazione Paranoide* paterna.

Tabella 5. Correlazioni tra i punteggi delle adolescenti e dei genitori del Gruppo B alle sottoscale dell'SCL-90-R

Adolescenti	Madri								
	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	.06	-.15	-.06	.33*	-.03	.11	.45**	.03	.07
O-C	.24	-.15	.23	-.02	.28	.15	-.17	.35*	-.04
I-S	.16	-.06	.14	-.10	.29	.11	-.23	-.08	.04
DEP	.22	-.12	.11	.01	.36*	.10	-.23	.24	.01
ANX	.29*	.06	.12	-.08	.39**	.13	-.14	.05	-.01
HOS	.13	.01	.31*	.02	.33*	.14	.08	.10	.11
PHOB	.32*	-.02	-.01	.18	-.08	-.14	.07	-.13	.03
PAR	.16	-.05	.18	.12	-.15	.01	.14	.07	.22
PSY	.46**	-.23	.16	-.08	.29	-.01	.01	.07	.07
Adolescenti	Padri								
	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	.25	-.19	.08	-.24	.05	.05	.02	.25	.01
O-C	.23	-.07	-.01	-.01	-.06	-.02	.01	.26	.19
I-S	-.19	.23	.09	.29	.33*	.22	-.04	-.01	.43**
DEP	.27	.05	.12	.06	.11	.34*	.14	.22	.27
ANX	.19	-.13	.12	.01	-.01	-.17	-.29	-.06	-.23
HOS	.01	-.06	.14	-.18	.08	.06	.20	.33*	.16
PHOB	-.10	-.01	.05	.21	-.01	-.18	-.26	-.18	.07
PAR	.24	.13	.13	.15	.10	.36*	.21	.29	.26
PSY	.31*	-.22	-.01	-.30*	-.20	.01	.30*	.53**	.14

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. SOM= Somatizzazione, O-C= Ossessione-Compulsione, I-S= Sensibilità Interpersonale, DEP= Depressione, ANX= Ansia, HOS= Ostilità, PHOB= Ansia Fobica, PAR= Ideazione Paranoide, PSY= Psicoticismo

Valutazione della percezione del Funzionamento Familiare nei Gruppi A e B

Al fine di verificare la percezione del funzionamento familiare delle adolescenti e dei loro genitori, è stata condotta un'ANOVA sui punteggi di ogni membro a tutte le dimensioni del FACES-IV, all'interno dei gruppi A e B (Tab. 6).

Le adolescenti anoressiche (Gruppo A) hanno punteggi significativamente più bassi rispetto ai loro genitori nella *Coesione*, *Comunicazione* e *Soddisfazione*. Le stesse adolescenti hanno mostrato punteggi più alti rispetto ai loro genitori su: *Disimpegno*, *Invischiamento* e *Rigidità*. Inoltre, le adolescenti di questo gruppo hanno riportato punteggi che superano i valori normativi in quasi tutte le dimensioni, tranne che per la *Coesione*, *Comunicazione* e *Soddisfazione*, i cui punteggi sono risultati inferiori alla norma. Le madri del Gruppo A, hanno riportato un maggior grado di *Coesione* soprattutto rispetto ai padri, ma anche alle proprie figlie, e un maggior grado di *Soddisfazione* rispetto ai propri compagni. Esse, inoltre, superano i *cut-off* in quasi tutte le sottoscale, ad eccezione della *Flessibilità*.

I padri del gruppo A, invece, hanno mostrato punteggi più alti rispetto alle loro figlie ed alla partner nella *Caoticità* e più *Flessibilità* rispetto alle madri. Essi, inoltre, superano i *cut-off* in quasi tutte le dimensioni, tranne *Coesione*, *Flessibilità* e *Soddisfazione*.

Tabella 6. Statistiche descrittive e significatività degli effetti relativi all'analisi della varianza condotta tra i punteggi delle adolescenti, delle madri e dei padri del Gruppo A a tutte le sottoscale del FACES-IV

Dimensioni FACES IV	Adolescenti (N=45) M (DS)	Madri (N=45) M (DS)	Padri (N=45) M (DS)	F(2, 132)	η_p^2
Coesione	8.5 (7.02)	54.7 (21.9)	42.2 (18.8)	86.9*	.56
Flessibilità	32.9 (21.1)	25.5 (18.8)	40.5 (20.4)	6.1**	.08
Disimpegno	90.9 (9.3)	49.9 (25.1)	57.4 (23.7)	49.9*	.43
Invischiamento	9.1 (6.7)	72.1 (19.4)	74.5 (17.5)	19.6*	.22
Rigidità	78.5 (14.9)	61.9 (15.9)	65.3 (18.9)	12.4*	.15
Caoticità	62.5 (19.04)	64.5 (20.3)	81.5 (12.8)	15.5*	.19
Comunicazione	8.08 (8.1)	38.4 (14.2)	32.7 (13.4)	77.8*	.54
Soddisfazione	9.4 (7.4)	34.06 (16.06)	24.8 (12.8)	43.7**	.39

Nota. * $p < .001$ ** $p < .01$; η_p^2 Effetti deboli (.01), medi (.06), robusti (.14) effects.

Come emerge dalla Tabella 7, le adolescenti bulimiche (Gruppo B) registrano punteggi significativamente inferiori rispetto ai loro genitori nella *Comunicazione*; esse hanno invece punteggi più alti rispetto a loro nell'*Invischiamento*. Le ragazze bulimiche hanno inoltre superato i punteggi normativi nelle dimensioni di *Coesione*, *Disimpegno*, *Invischiamento*, *Rigidità* e *Caoticità*, descrivendo, al contrario, un grado di *Flessibilità* significativamente inferiore alla norma. Le madri del gruppo B hanno mostrato punteggi più bassi delle loro figlie e del partner nella *Coesione* e punteggi più elevati nella *Rigidità*. Esse, inoltre, superano i *cut-off* nelle dimensioni di *Disimpegno*, *Caoticità* e *Rigidità* riportando, al contrario livelli di *Coesione* e *Flessibilità* significativamente inferiori. Infine, i padri hanno riportato la percezione di una maggiore *Flessibilità* e di una minore *Caoticità* sia rispetto alle proprie figlie che alle proprie partner. Essi, inoltre, rispetto ai *cut-off* superano la scala del *Disimpegno*, dell'*Invischiamento* e della *Caoticità*.

Tabella 7. Statistiche descrittive e significatività degli effetti relativi all'analisi della varianza condotta tra i punteggi delle adolescenti, delle madri e dei padri del Gruppo A a tutte le sottoscale del FACES-IV

Dimensioni FACES IV	Adolescenti (N=45) M (DS)	Madri (N=45) M (DS)	Padri (N=45) M (DS)	F(2, 132)	η_p^2
Coesione	45.2 (15.1)	17.8 (12.2)	47.6 (18.8)	50.3*	.43
Flessibilità	20.7 (15.4)	16.7 (15.01)	33.2 (17.6)	12.9*	.16
Disimpegno	54.6 (26.4)	87.5 (9.3)	67.5 (19.1)	32.2*	.32
Invischiamento	82.6 (12.1)	63.8 (17.4)	64.8 (16.7)	20.8*	.24
Rigidità	48.1 (20.3)	81.8 (12.7)	54.2 (20.9)	42.9*	.39
Caoticità	95.1 (2.5)	95.6 (3.2)	92.04 (5.6)	10.4*	.13
Comunicazione	21.08 (9.9)	53.8 (13.9)	37.3 (11.2)	85.8*	.56
Soddisfazione	21.9 (13.6)	52.2 (20.2)	29.5 (15.1)	40.7**	.38

Nota. * $p < .001$ ** $p < .01$; η_p^2 Effetti deboli (.01), medi (.06), robusti (.14) effects.

È stata effettuata l'analisi delle correlazioni fra la percezione del funzionamento familiare delle adolescenti e dei loro genitori, all'interno dei due gruppi considerati (A e B), utilizzando il coefficiente di correlazione di *Pearson*. Relativamente al gruppo A (Tab. 8), i dati generali mostrano una maggiore concordanza nelle percezioni della diade madre-figlia, a svantaggio di quella padre-figlia. In particolare, la percezione adolescenziale di uno stile di funzionamento familiare *Caotico*, correla: *negativamente* con la *Coesione* della madre e *positivamente* con la *Flessibilità* ed il *Disimpegno* della stessa. Inoltre la *Rigidità* delle adolescenti anoressiche è risultata associata: *negativamente* alla *Caoticità*

materna e *positivamente* alla sua *Comunicazione*. Ancora, il *Disimpegno* materno è risultato correlato *negativamente* all'*Invischiamento*, positivamente alla *Flessibilità* ed alla *Caoticità* ed in maniera ancora più intensa alla *Comunicazione* delle adolescenti. Una minore concordanza ed intensità nelle percezioni, si registra invece nella diade padre-figlia. Nel particolare, sono emerse associazioni significative solo tra il *Disimpegno* delle ragazze e la *Coesione* paterna e tra la *Soddisfazione* paterna e la *Rigidità* delle adolescenti.

Tabella 8. Correlazioni tra i punteggi delle adolescenti e dei genitori del Gruppo A alle dimensioni del FACES-IV

Adolescenti	Madri							
	Coesione	Flessibilità	Disimpegno	Invischiam.	Rigidità	Caoticità	Comunicaz.	Soddisfaz.
Coesione	-.17	.15	.25	.15	-.01	.21	.02	.07
Flessibilità	.07	-.13	.34*	.15	.13	.04	-.19	.07
Disimpegno	-.08	.13	.09	-.21	.02	-.19	.17	.27
Invischiamento	.06	-.08	-.31*	-.04	-.26	-.15	-.01	.04
Rigidità	-.06	.01	.02	-.11	-.25	-.30*	.31*	.12
Caoticità	-.35*	.35*	.33*	.06	.14	.13	.03	-.01
Comunicazione	-.18	.36	.38**	-.01	.01	.31*	.09	-.06
Soddisfazione	-.03	.03	.26	.14	-.03	-.01	-.12	.65
Adolescenti	Padri							
	Coesione	Flessibilità	Disimpegno	Invischiam.	Rigidità	Caoticità	Comunicaz.	Soddisfaz.
Coesione	-.35	-.06	.15	-.02	.12	-.20	-.02	.15
Flessibilità	-.24	-.12	-.01	.04	.14	.10	.21	.04
Disimpegno	.35*	.22	-.16	-.17	-.03	.10	.17	-.09
Invischiamento	.06	.27	.09	-.10	-.15	.13	-.02	.12
Rigidità	.19	.07	.01	.09	-.07	-.06	-.03	-.29*
Caoticità	.05	-.08	.15	.06	.05	-.19	.13	-.02
Comunicazione	.01	-.24	.02	.15	.10	-.13	-.05	.01
Soddisfazione	.19	-.04	.02	.51	-.16	.03	-.17	.08

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

Per quanto riguarda il Gruppo B (Tab. 9), i dati generali mostrano una minore numerosità delle correlazioni nella diade madre-figlia, quindi una più equilibrata distribuzione delle correlazioni tra le due figure genitoriali con la figlia adolescente. In particolare, per quanto riguarda l'adolescente, sono emerse associazioni particolarmente significative con la figura materna: tra la percezione di un funzionamento familiare rigido della ragazza con l'*Invischiamento* della madre e tra la sua percezione della *Comunicazione*, con la *Caoticità* della stessa madre. Inoltre, le dimensioni di *Coesione* e *Rigidità* materna sono risultate correlate alla *Flessibilità* ed al *Disimpegno* delle ragazze. Infine emerge una correlazione tra la *Soddisfazione* delle adolescenti e l'*Invischiamento* materno. Anche con la figura paterna, la percezione dell'adolescente correla su alcune scale del Faces IV: ad esempio, la sua *Comunicazione* si associa all'*Invischiamento* paterno, la sua *Rigidità* alla *Flessibilità* paterna, la sua *Flessibilità* con la *Caoticità* e la *Comunicazione* paterne. Le correlazioni meno intense riguardano invece il *Disimpegno* dell'adolescente con la *Flessibilità* paterna, la *Comunicazione* dell'adolescente con il *Disimpegno* paterno, la *Soddisfazione* della figlia con la *Flessibilità* del padre. Infine padre e figlia hanno un'analoga percezione di *Caoticità* nel funzionamento familiare.

Tabella 9. Correlazioni tra i punteggi delle adolescenti e dei genitori del Gruppo B alle dimensioni del FACES-IV

Adolescenti	Madri							
	Coesione	Flessibilità	Disimpegno	Invischiam.	Rigidità	Caoticità	Comunicaz.	Soddisfaz.
Coesione	-.07	-.23	-.03	-.12	-.04	-.06	.10	.06
Flessibilità	.31*	.04	-.19	.05	.35*	.23	-.03	.01
Disimpegno	.34*	-.05	.05	.06	.32*	-.27	-.08	-.21
Invischiamento	.08	-.18	.06	.13	.02	-.107	.03	.04
Rigidità	.24	.28	.21	.44**	.05	-.23	-.20	-.14
Caoticità	.06	.23	.23	.18	.12	.07	-.06	-.07
Comunicazione	.16	.17	.01	.15	-.16	-.42**	.17	-.23
Soddisfazione	.24	.18	.07	.29*	.06	-.20	-.15	.03
Adolescenti	Padri							
	Coesione	Flessibilità	Disimpegno	Invischiam.	Rigidità	Caoticità	Comunicaz.	Soddisfaz.
Coesione	.01	.12	-.14	-.26	-.07	.20	-.20	.03
Flessibilità	-.06	.24	-.16	.01	.14	-.42**	.39**	-.01
Disimpegno	-.19	.31*	-.10	.02	.11	-.09	.27	-.06
Invischiamento	.03	-.01	.01	-.19	-.24	.01	-.02	.00
Rigidità	.13	.39**	.14	.10	-.07	.08	.08	.12
Caoticità	.17	.07	.09	.12	-.02	.35*	.09	.02
Comunicazione	-.22	.20	.30*	.49**	.07	.23	-.13	-.07
Soddisfazione	-.20	.30*	.28	.17	.05	.11	.17	-.03

Nota. * $p < .05$ ** $p < .01$

Discussione e Conclusioni

Il presente studio ha voluto verificare se i membri delle famiglie di adolescenti con Anoressia Nervosa (Gruppo A) e Bulimia Nervosa (Gruppo B) presentano specifici sintomi psicopatologici e si differenziano nelle rappresentazioni del loro funzionamento familiare.

Rispetto al nostro primo obiettivo, i risultati di un'analisi *intergruppo* indicano che i gruppi A e B presentano un profilo psicopatologico peculiare e sono in linea con la ricerca internazionale che ha sottolineato come il disturbo alimentare nelle adolescenti è associato anche ad altri sintomi psicopatologici, specialmente nella sfera della sintomatologia ansioso/depressiva, della somatizzazione e della sensibilità interpersonale (Holtkamp et al., 2005; Riquenes & Sala Roca, 2015). In particolare, le adolescenti anoressiche evidenziano punteggi significativamente maggiori delle coetanee bulimiche alle scale dell'SCL-90-R: Ossessione-Compulsione, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ostilità e - con minore intensità - Psicoticismo. Le stesse adolescenti, inoltre, superano i *cut-off* per la popolazione italiana in *tutte* le sottoscale dello strumento. A questo proposito, Mara Selvini Palazzoli (2006) aveva già sottolineato l'«aspetto psicopatologico “veramente fondamentale” delle anoressiche» (p. 34): come un aspetto peculiare da cui non si può prescindere e che le caratterizza fortemente. Questo aspetto psicopatologico sembra meno importante invece nel gruppo B, che supera i *cut-off* clinici in scale numericamente minori ossia della Somatizzazione, Ansia Fobica ed Ideazione Paranoide, differenziandosi significativamente dalle coetanee del gruppo A in queste stesse sottoscale. Quindi, i risultati di questa ricerca descrivono dei profili psicopatologici precisi e diversi tra le adolescenti anoressiche e bulimiche. Le prime si caratterizzano per una struttura di personalità di tipo ossessivo-compulsivo, che rimanda generalmente a pensieri ed azioni persistenti; ipersensibilità interpersonale, che fa ipotizzare un loro senso di inadeguatezza nelle relazioni; depressione, che rinvia a pensieri e sentimenti scarsi di energie vitali, pervasi - al contrario - di disperazione; ostilità, che avvolge i pensieri e le azioni delle ragazze: si fa così riferimento alla rabbia

che permea ogni loro modalità di espressione; infine, psicoticismo, che conferma un loro stile introverso, isolato, ai confini con la psicosi. Le adolescenti del gruppo B, mostrano una struttura di personalità che innanzitutto riferisce il suo disagio tramite la percezione di disfunzioni corporee (somatizzazione); ma si caratterizza anche per un'ansia fobica, che induce a comportamenti di evitamento, se non addirittura di fuga; infine, per ideazione paranoide, che riflette un comportamento, appunto paranoide, come prodotto fondamentale di un disturbo del pensiero.

Continuando con l'analisi *intergruppo*, passiamo ora all'aspetto psicopatologico dei loro genitori. Innanzitutto è interessante notare che le mamme di entrambi i gruppi manifestano una caratteristica psicopatologica analoga alle loro figlie adolescenti: ci riferiamo alla Depressione delle mamme del Gruppo A ed all'Ansia Fobica delle mamme del Gruppo B, già considerate in precedenza nelle figlie dei rispettivi gruppi. Infatti anche per quello che riguarda le mamme dei gruppi A e B emerge una differenza significativa tra di loro alle stesse sottoscale citate, dove esse riportano rispettivamente punteggi significativamente maggiori (Tab. 2). Inoltre, le madri di entrambi i gruppi hanno superato i *cut-off* in alcune scale comprese la Depressione (Gruppo A) e l'Ansia Fobica (Gruppo B). Anche in questo, dunque, emerge un elemento di somiglianza psicopatologica intergenerazionale. I padri di entrambi i gruppi, invece, hanno condiviso le aree comuni del rischio psicopatologico, superando i *cut-off* alle dimensioni dell'Ossessione-Compulsione, dell'Ansia, dell'Ansia Fobica, dell'Ideazione Paranoide. Inoltre, i padri delle ragazze anoressiche hanno riportato punteggi maggiori di Psicoticismo e Somatizzazione. Quest'ultimo dato risulta coerente con lo studio di Haycraft e Blissett (2008) che ha mostrato come alti livelli di somatizzazione nei padri correlavano con una qualità del parenting caratterizzata da una maggiore pressione a mangiare e da un atteggiamento altamente restrittivo rispetto all'alimentazione delle figlie, fattori comunemente associati ai disturbi anoressici in adolescenza (Loth et al., 2014). Nel complesso, i nostri risultati confermano quelli della recente letteratura empirica, che ha evidenziato come i padri di ragazze con disturbi alimentari presentano una sintomatologia ansiosa e ossessivo-compulsiva (Ravi et al., 2009; Tafà et al., 2017b) e che le madri di ragazze anoressiche riportano spesso sintomi depressivi, a differenza di quelle di ragazze bulimiche che sembrano maggiormente soffrire di problematiche nell'area della somatizzazione (Lewis et al., 2014; Bould et al., 2015; Forsberg et al., 2015).

Rispetto al nostro secondo obiettivo, i risultati confermano che il rischio psicopatologico delle ragazze correla con molte caratteristiche dei propri genitori, e in particolare delle madri. A questo proposito ricordiamo le parole della Selvini Palazzoli (1963, 2006) che definì «totale» la frequenza con cui le madri, rappresentavano la figura dominante nelle famiglie anoressiche. Vicinanza peraltro confermata dalle correlazioni effettuate all'SCL. Nel particolare, per quanto riguarda la diade madre-figlia del gruppo A, le associazioni rilevate sono talmente numerose¹ da confermare questo loro rapporto privilegiato. Questo risultato richiama alla mente il classico e significativo contributo di Haley e Minuchin sui triangoli familiari disfunzionali (vedi Tafà, 2016b). I Pionieri della Terapia Familiare avevano già sottolineato come uno *sbilanciamento* nella relazione genitore-figlio potesse sfociare in configurazioni relazionali disfunzionali riconducibili ad un'importante difficoltà nella relazione coniugale. Esso getta le basi per il futuro coinvolgimento del figlio, a cui non resta che esprimere un disturbo psicopatologico, quale sua unica possibilità di autonomia. I nostri risultati confermano empiricamente quello che i clinici avevano già intuito da tempo nel loro lavoro terapeutico (a questo proposito vedi anche Tafà et al., 2017a). È importante inoltre sottolineare - sempre nel gruppo A - una grande *condivisione* delle paure (Ansia Fobica) tra le stesse mamma e figlia. Colpisce dunque la convergenza delle descrizioni autoriferite da figlia e madre all'SCL-90-R che non contempla la figura paterna. Tuttavia anche le correlazioni del padre con la figlia adolescente, seppur minori, sono ugualmente presenti. Tra queste colpisce una concordanza - per la diade padre-figlia del gruppo A - relativamente all'Ideazione Paranoide e allo Psicoticismo: il pensiero di entrambi, risulta

¹ Numericamente sono 37, contro le 16 correlazioni padre/figlia dello stesso gruppo A e le 9 della diade madre/figlia del gruppo B.

simile su questi aspetti. Emergono inoltre altre correlazioni particolarmente significative tra l'Ansia della figlia e la Somatizzazione paterna e viceversa, tra l'Ostilità dell'Adolescente e lo Psicoticismo paterno, tra la Sensibilità Interpersonale dell'Adolescente e l'Ansia, l'Ansia Fobica e lo Psicoticismo del padre e tra la Somatizzazione delle Adolescenti, l'Ansia e lo Psicoticismo paterno. Anche rispetto ai membri familiari del gruppo B sono emerse correlazioni significative, ma numericamente molto inferiori. Nel particolare, è emersa una grande *condivisione* dell'Ansia tra le stesse mamma e figlia ed associazioni tra lo Psicoticismo della ragazze con l'Ideazione Paranoide paterna, e quello paterno con la Sensibilità Interpersonale delle adolescenti. I nostri risultati confermano quelli di precedenti studi che hanno evidenziato come il funzionamento psicologico di ragazze anoressiche e bulimiche correla con le dimensioni di rischio psicopatologico dei propri genitori, e specialmente materne (Isnard et al., 2010).

Se finora abbiamo considerato le caratteristiche individuali dei membri familiari dei gruppi A e B, ora possiamo invece all'analisi del funzionamento familiare e quindi delle *relazioni* che legano gli stessi membri.

Per quanto riguarda il nostro terzo obiettivo, da un'analisi *intergruppo*, i risultati al FACES IV confermano che le adolescenti dei gruppi A e B differiscono nella percezione personale del funzionamento familiare rispetto ai propri genitori, riportando un funzionamento maggiormente problematico, e sono in linea con quanto emerso nella letteratura (Visani, 2014; Vidović et al., 2015). In particolare, relativamente al Gruppo A, i punteggi delle adolescenti prevalgono in modo significativo nelle scale Non Bilanciate dello strumento, ossia quelle del Disimpegno, Invischiamento e Rigidità. Tali scale si affiancano peraltro alla percezione di una comunicazione povera tra i membri ed ad una insoddisfazione rispetto al funzionamento familiare. Le loro madri hanno riportato un maggior grado di Coesione, anche rispetto ai propri partner, i quali presentano una percezione del funzionamento familiare maggiormente Flessibile rispetto alle proprie partners e significativamente più Caotico anche rispetto alle proprie figlie. Le adolescenti del gruppo A, dunque, percepiscono un'eccessiva dipendenza dagli altri membri familiari (Invischiamento) ed una scarsa comunicazione in famiglia che serve probabilmente ad evitare il conflitto/scontro che caratterizza fisiologicamente le relazioni. La percezione di queste adolescenti, inoltre, sottolinea una Coesione familiare bassa rispetto ai propri genitori: questo è un aspetto distintivo della percezione delle adolescenti di questo gruppo e ne aumenta le loro possibilità di rischio. Lo stesso risultato, inoltre, è coerente con la letteratura quando sottolinea che bassi livelli di coesione espongono l'adolescente ad un rischio maggiore di sviluppare sintomi alimentari (Thomas, Hoste, Le Grange, 2012). Infine, la Rigidità percepita maggiormente dalle adolescenti anoressiche del gruppo A, fa ipotizzare un'organizzazione familiare che *non* tollera cambiamenti, con ruoli e regole limitate, stile negoziale ridotto ed unidirezionale. Coerentemente le evidenze cliniche sottolineano la presenza di «miti coesivi rigidi» in queste famiglie, che spiegano il blocco evolutivo del sistema, «sospendendo la problematica transizione adolescenziale» (Onnis, Mulè, Vietri, 2001, p. 36). La difficoltà di comunicazione percepita, ben si sintonizza con quegli interventi terapeutici che privilegiano il corpo, come il metodo delle «Sculture del Tempo Familiare» (Onnis, 2014). Tale metodo è basato opportunamente sull'uso del linguaggio analogico nella terapia di questi disturbi dove tutto rimane implicito, la sofferenza si esprime attraverso il linguaggio del corpo, non per una assenza o una presa di distanza dai vissuti emozionali, ma per una difficoltà a dare accesso di parola alle tensioni emotive sentite come troppo dolorose ed insopportabili (Tafà, 2016a). Inoltre, un recente studio ha indicato che il funzionamento della famiglia può fare da mediatore tra la depressione materna e le emozioni positive e negative degli adolescenti (Yeh, Huang, Liu, 2016). Nel complesso, i nostri risultati sono coerenti con gli studi precedenti (Erol, Yazici, Toprak, 2007; Berge et al., 2012) che hanno indicato la presenza di un'eccessiva dipendenza da altri membri della famiglia, scarsa flessibilità, comunicazione povera e invischiamento. Queste caratteristiche sembrano essere coerenti con l'inibizione dei conflitti, che generalmente caratterizzano il rapporto familiare delle famiglie con figlie anoressiche (Holtom-Viesel & Allan, 2014). A questo proposito, illuminanti le parole ancora della Selvini Palazzoli (2006) riferendosi ai genitori delle ragazze anoressiche in terapia: «esisteva uno stato di permanente tensione

sotterranea, tendenza al malumore o all'instabilità, o, cosa assolutamente caratteristica, una spiccata propensione alle discussioni interminabili e sfibranti sopra i più futili argomenti, sintomatica di aggressività nascoste bisognose di sfogo» (p. 46). Infatti l'evitamento del conflitto costituisce per Minuchin (1980) la caratteristica familiare che, più delle altre, influenza la comunicazione in queste famiglie e che preclude la possibilità di un cambiamento, come anche un conflitto espresso, ma non risolto, blocca l'evoluzione del sistema familiare (Onnis, 2014).

Anche le adolescenti del Gruppo B rappresentano la loro famiglia come invischiata e povera nella comunicazione, le loro madri percepiscono bassa Coesione ed elevata Rigidità sia rispetto alle figlie che ai propri partner, mentre i loro padri una maggiore Flessibilità e una minore Caoticità anche rispetto alle madri, confermando la letteratura (Doba & Nandrino, 2010). È interessante individuare tra i due gruppi familiari studiati, una convergenza nelle rappresentazioni delle adolescenti: sia le adolescenti anoressiche che quelle bulimiche percepiscono nel funzionamento delle loro famiglie una comunicazione povera e quindi poco efficace. Un altro aspetto di somiglianza è l'invischiamento: essa costituisce una caratteristica ricorrente nelle interazioni familiari di queste famiglie, ossia «continui movimenti di intrusione negli “spazi” fisici e soprattutto psicoemotivi dei singoli, ed un'attivazione costante di richieste o offerte di protettività, che coinvolgono tutti i membri e riducono ulteriormente ogni ambito privato e autonomo» (Onnis, 2014, p. 20). I risultati, dunque mostrano che la descrizione fornita dai genitori e dalle loro figlie sul proprio funzionamento familiare è distante (come avviene peraltro nei gruppi familiari non clinici), ed ogni membro lo descrive concentrandosi su diverse dimensioni. Mentre la discordanza genitore-figlio rientra in un fisiologico processo di dialettica intergenerazionale che caratterizza la fase adolescenziale anche in questo campione clinico, è da sottolineare invece la mancanza di concordanza che si registra a livello della coppia parentale relativamente ad alcuni aspetti del funzionamento familiare. Al contrario, i recenti studi internazionali hanno sottolineato ampiamente l'opportunità di un'azione genitoriale congiunta come fattore protettivo per un adeguato adattamento dei figli (McHale, 2007).

Infine, rispetto al nostro quarto obiettivo, i nostri risultati si collocano in accordo con i lavori di Amianto e coll. (2012) e Pilecki, Józefik, Salapa (2014), che hanno evidenziato come le percezioni del funzionamento familiare di figlie adolescenti anoressiche e bulimiche correlano con quelle dei propri genitori. Nel particolare, rispetto alle ragazze del gruppo A, i nostri risultati riportano maggiori associazioni tra le percezioni di madre e figlia, rispetto alle diadi padre-figlia. La percezione delle adolescenti di un funzionamento caotico correla con le dimensioni materne di Coesione, Flessibilità e Disimpegno, la Rigidità delle adolescenti con la Caoticità e Comunicazione materne e con la Soddisfazione percepita dai padri. Inoltre, il Disimpegno delle madri è risultato correlato alle dimensioni delle figlie di Invischiamento, Flessibilità, Caoticità – ed in misura maggiore – alla Comunicazione, mentre il Disimpegno delle figlie alla Coesione paterna. Anche rispetto al gruppo B, i nostri risultati riportano associazioni particolarmente significative nelle diadi madre-figlia. Nel particolare, è emerso che la Rigidità delle adolescenti correla con l'Invischiamento materno e la Flessibilità paterna, la Comunicazione delle adolescenti con la Caoticità delle madri e con l'Invischiamento e Disimpegno paterno, la Flessibilità delle adolescenti con le dimensioni materne di Coesione e Rigidità e con quelle paterne di Caoticità e Comunicazione. Inoltre, sono emerse associazioni anche tra il Disimpegno delle adolescenti con la Coesione e Rigidità materne e con la Flessibilità dei padri, e tra la Soddisfazione delle Adolescenti e l'Invischiamento materno e la Flessibilità paterna. Infine, padre e figlia condividono la percezione di un funzionamento familiare Caotico.

Una riflessione finale merita il quadro familiare, visto dall'alto.

Se la famiglia costituisce il luogo dove abita il *Noi*, ovvero il senso di appartenenza alla realtà familiare, quella in cui ci si riconosce e ci si sente *parte di...*, dai risultati emerge una famiglia descritta in maniera diversa dalle singole percezioni al FACES IV dei suoi membri. Ci si riferisce alle famiglie anoressiche in particolare, dove le diversità nella percezione del funzionamento da parte dei membri, sono molteplici. Diventa difficile in questo caso per la ragazza adolescente un riconoscimento nell'appartenenza familiare proprio perché non *condivisa* nelle sue caratteristiche: ingrediente

necessario quello della condivisione per sentirsi *parte di...* Ne deriva così una rappresentazione familiare che descrive l'impossibilità di riferirsi al sistema familiare per la costruzione della propria identità, in quanto tale rappresentazione non sembra sostenuta da una percezione positiva e comune di legami familiari saldi. La ragazza adolescente non sperimenta l'appartenenza al sistema familiare non solo nelle sue dimensioni affettive (bassa Coesione), ma anche rispetto alla sua Flessibilità. Diversamente, le famiglie bulimiche mostrano una maggiore concordanza nelle percezioni, anche se sono ugualmente presenti aspetti di distanza: in questo caso tuttavia la maggiore condivisione da parte dei membri familiari del gruppo B garantisce la presenza di un processo di *identificazione* degli stessi con il sistema.

Il presente studio ha diversi punti di forza. In primo luogo, sono stati utilizzati strumenti ben validati e ampiamente usati (Derogatis, 1994; Olson, 2011). In secondo luogo, è rivolto alle associazioni di due specifiche forme di disturbi alimentari negli adolescenti di sesso femminile con la loro percezione sul funzionamento della famiglia, ed inoltre del ruolo del rischio psicopatologico materno e paterno, mentre la maggior parte della letteratura si è focalizzata sulla psicopatologia delle madri (Berge et al., 2010). In terzo luogo i risultati della ricerca possono costituire un importante aiuto per i clinici che lavorano con queste famiglie (Tafà et al., 2017a). Nel particolare, possiamo far riferimento all'*ottica della complessità* (Morin, 1983), uno degli aspetti che caratterizza il rinnovamento epistemologico della psicoterapia sistemica (Onnis, 2014), e che evidenzia come per ogni realtà umana esista una molteplicità complessa di livelli che spiegano contemporaneamente un fenomeno, pur conservando una loro specificità ed autonomia. Essa ci permette, dunque, di considerare la concomitanza degli aspetti individuali e relazionali - che riguardano le dinamiche familiari - presenti al contempo nei disturbi del comportamento alimentare, evidenziando l'importanza della strutturazione di setting paralleli e di un coinvolgimento di tutti i membri nel trattamento del disturbo. Anche i risultati della ricerca ce lo indicano: le correlazioni tra adolescenti e genitori sia nel rischio psicopatologico, sia nelle percezioni del funzionamento familiare, suggeriscono quanto gli aspetti individuali e relazionali di tutti i membri siano vicini tra di loro, la terapia sistemica direbbe «interdipendenti». Un setting familiare consentirebbe altresì di conoscere lo spazio relazionale all'interno del quale *vive* la sintomatologia della paziente. Uno spazio inoltre in cui si parla *poco e male*: idea questa condivisa sia dalle adolescenti anoressiche che bulimiche. L'intervento dovrebbe tener conto di questa peculiarità del linguaggio familiare; il canale non verbale resta quello preferenziale ed in terapia familiare l'uso di metafore, sculture, disegni, foto familiari - passando per un canale meno controllato - consente di aver accesso a parti della famiglia e dei suoi membri difficilmente accessibili per via verbale. Inoltre, lo scarso riconoscimento dell'appartenenza familiare, riscontrata soprattutto nel gruppo delle adolescenti anoressiche, evidenzia ulteriormente l'opportunità di un setting che coinvolge tutti i membri e che potrebbe incrementare il *Noi* familiare. Tuttavia, i risultati suggeriscono l'utilità anche di un intervento specifico sulla coppia genitoriale, sia per lo sbilanciamento emotivo tra madre e figlia («somialianza psicopatologica intergenerazionale») - come è peraltro nella tradizione psicoanalitica - sia per una speculare distanza emozionale nella coppia dei genitori. Un intervento quindi in grado di rinsaldare l'unione della coppia, facendo uscire dalla scena coniugale la figlia adolescente. I risultati fanno ipotizzare infatti quelle «alleanze transgenerazionali» che coinvolgono la paziente di cui parlava la Selvini (Selvini Palazzoli et al., 1998). L'occorrenza di setting paralleli, infine, fornisce alla paziente la possibilità di sostenere un contratto individuale per le *sue* difficoltà psicopatologiche e vissuti soggettivi.

La nostra ricerca ha qualche limitazione. Non è stato incluso un campione di controllo nello studio e quindi non è stato possibile confrontare i punteggi dei soggetti con un gruppo non clinico. Tuttavia, sono stati usati i valori di *cut-off* per la popolazione italiana, sia per i punteggi psicopatologici (SCL-90-R), che per il FACES IV. In secondo luogo, questo studio non è stato progettato come una ricerca longitudinale, che invece offrirebbe importanti informazioni sulla stabilità ed il cambiamento del rischio psicopatologico dei soggetti e la qualità percepita del funzionamento familiare. Infine, l'omogeneità del campione, dal punto di vista culturale, geografico, e SES, limita la replica dello studio in altri paesi o culture.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amianto, F., Bertorello, A., Marech, L., Pagnanelli, R., Abbate Daga, G., & Fassino S. (2012). Family functioning and eating disorders. *Minerva Psichiatrica*, 53(4), 333-42.
- 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, 962–970.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1355–1363.
- Berge, J. M., Wall, M., Bauer, K. W., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: a latent class analysis. *Obesity*, 18(4), 818–825.
- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., & Satir, D. A. (2009). Impulsivity and personality variables in adolescents with eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(4), 251-259.
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 383-91.
- Bowles, T., Kurlender, M., & Hellings, B. (2011). Family Functioning and Family Stage Associated with Patterns of Disordered Eating in Adult Females. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28(1), 47-60.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- D'Arista, P., Blanco, P., Rutilo, M., Mannocci, A., Ciocca, A., & Bria, P. (2008). Psychopathology and hormonal disturbances in eating disorders. *Italian Journal of Public Health*, 5(3), 194-197.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-Revised: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- 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 eating disorders or with substance dependence. *Psychologie Française*, 55, 355–371.
- Eddy, K. T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B., Brown, T. A., & Ludwig, D. S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2360–2371.
- 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, 47-50.
- 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), 1–14.
- Forsberg, S., Darcy, A., Bryson, S. W., Arnow, K. D., Datta, N., Le Grange, D., & Lock, J. (2015). Psychological symptoms among parents of adolescents with anorexia nervosa: a descriptive examination of their presence and role in treatment outcome. *Journal of Family Therapy*.
- Franko, D. L., Thompson, D., Affenito, S. G., Barton, B. A., & Striegel-Moore, R. H. (2008). What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues. *Health Psychology*, 27(2), S109–S117.
- Goodier, G. H., McCormack, J., Egan, S. J., Watson, H. J., Hoiles, K. J., Todd, G., & Treasure, J. L. (2014). Parent skills training treatment for parents of children and adolescents with eating disorders: a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 368–375.

- Haycraft, E., & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices and psychopathology in a non-clinical sample of mothers and fathers. *Eating behaviors*, 9(4), 484-492.
- 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.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University. Unpublished manuscript.
- Holm-Denoma, J. M., Hankin, B. L., & Young, J. F. (2014). Developmental trends of eating disorder symptoms and comorbid internalizing symptoms in children and adolescents. *Eating Behaviors*, 15, 275-9.
- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 106-110.
- 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.
- Isnard, P., Quantin, L., Cortese, S., Falissard, B., Musher-Eizenman, D., Guedeney, A., Frelut, M. L., Mouren, M. C. (2010). Bulimic behaviours and psychopathology in obese adolescents and in their parents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 474–482.
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, 5, 12.
- Lanz, M., & Rosnati, R. (2002). *Metodologia della ricerca sulla famiglia*. Milano: LED.
- 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.
- 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.
- McHale, J. P. (2007). *Charting the Bumpy Road of Parenthood: Understanding the Challenges of Family Life*. Washington, DC: Zero to Three.
- Meno, C. A., Hannum, J. W., Espelage, D. E., & Douglas Low, K. D. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9(1), 91–101.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1980). Psychosomatic Family in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 76–90.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morin, E. (1983). *Il Metodo*. Milano: Feltrinelli.
- Moyer, D. N., & Sandoz, E. K. (2015). The role of psychological flexibility in the relationship between parent and adolescent distress. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1406–1418.
- Olson, D. H. (1995). *Family Satisfaction Scale*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. H. (2008). *Faces IV Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. H. (2010). *Data analysis using Faces IV scores*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. H. (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., & Russel, C. S. (1979). Circumplex Model of marital and family systems I: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process, 18*, 3–28.
- Onnis, L. (2010). *Legami che creano, legami che curano. Attaccamento: una teoria per le psicoterapie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Onnis, L. (2014). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Milano: Franco Angeli.
- Onnis, L., Mulè, A. M., & Vietri, A. (2001). Anoressia e bulimia: nuovi indirizzi nell'ottica sistemica. *Psicobiettivo, 21*, 31–46.
- Pilecki, M. W., & Józefik, B. (2013). Perception of transgenerational family relationships: comparison of eating-disordered patients and their parents. *Medical Science Monitor, 19*, 1114–1124.
- Pilecki, M. W., Józefik, B., & Salapa, K. (2014). Correlations between the perception of family functioning by patients with eating disorders and their parents and the perception of relations in the parents' families of origin. *Psychiatria Polska, 48*(4), 789–808.
- Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1989). Are eating disorders associated with borderline personality disorder? A critical review. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 1–9.
- 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.
- Raboteg-Saric, Z., & Sakic, M. (2014). Relations of parenting styles and friendship quality to self-Esteem, life satisfaction and happiness in adolescents. *Applied Research Quality Life, 9*, 749–765.
- Ravi, S., Forsberg, S., Fitzpatric, K., & Lock, J. (2009). Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eating Disorders, 17*, 63–71.
- Riquenes, V. G., & Sala-Roca, J. (2015). Eating disorder risk and psychopathological dimensions. *Annuario de Psicología/The UB Journal of Psychology, 45*(1), 87–99.
- Scabini, E., & Cigoli, V. (2006). *Family identity: ties, symbols, and transitions*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sellers, R., Collishaw, S., Rice, F., Thapar, A. K., Potter, R., Mars, B., Harold, G. T., Smith, D. J., Owen, M. J., Craddpck, N., & Thapar, A. (2013). Risk of psychopathology in adolescent offspring of mothers with psychopathology and recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry, 202*(2), 108–114.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Selvini Palazzoli, M. (2006). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2014). *La mente dell'adolescente*. Milano: Raffaello Cortina.
- 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.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(10), 622–627.
- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine, 35*(6), 907–917.
- 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.

- Tafà, M. (2016a). Il Faces IV. In M. Tafà (a cura di), *Conoscere la famiglia. Strumenti clinici e di ricerca* (pp. 153-171). Roma: Editrice Sapienza.
- Tafà, M. (2016b). I pionieri: concetti teorici. In M. Tafà (a cura di), *Conoscere la famiglia: strumenti clinici e di ricerca* (pp. 5-44). Roma: Editrice Sapienza.
- Tafà, M., & Baiocco, R. (2009). Addictive behaviour and family functioning during adolescence. *American Journal of Family Therapy*, 37 (5), 388–395.
- Tafà, M., Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2017a). Famiglia e disturbi alimentari: evidenze empiriche. *Psicobiettivo*, 1 (in press).
- Tafà, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2017b). Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 28-39.
- Thomas, S. A., Hoste, R. R., & Le Grange, D. (2012). Observed connection and individuation: relation to symptoms in families of adolescents with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 45(7), 891-899.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19–28.
- Visani, E. (2014). Studi sul funzionamento familiare: osservazioni complessive. In E. Visani, S. Di Nuovo, & C. Loredio (Eds.), *Faces IV. Il Modello Circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca* (pp. 148–152). Milano: Franco Angeli.
- Yeh, Z. T., Huang, Y. & Liu, S. I. (2016). Maternal Depression and Adolescent Emotions: The Role of Family Functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2189–2200.
- Youniss, J., & Smollar, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers, and friends*. Chicago: University of Chicago Press.