UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÈE DE LA VALLÈE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

TESI DI LAUREA

DISTURBI ALIMENTARI NELLA RELAZIONE MADRE-FIGLIA. INFLUENZE SOCIALI E PSICOLOGICHE SPECIFICHE DI GENERE.

Docente Relatore: Prof. Martin Dodman

Studente: 22 D03 453

Elena Martinelli Pecco

Indice

Introduzione 1

CAPITOLO 1: Disturbi del comportamento alimentare e stili educativi genitoriali 4

1.1 Caratteristiche diagnostiche dei disturbi alimentari nel DSM-V-TR 5

1.1.1 Anoressia Nervosa (AN) 6

1.1.2 Bulimia Nervosa (BN) 7

1.1.3 Disturbo da Binge Eating (BED) 8

1.1.4 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) 10

1.1.5 Ortoressia 11

1.1.6 Vigoressia 12

1.2 Stili Genitoriali 13

CAPITOLO 2: Essere donna, rappresentazioni sociali e trasmissione intergenerazionale nel rapporto madre-figlia 18

2.1 Fattori interni ed esterni 18

2.2 La diade madre-figlia nei disturbi alimentari 21

CAPITOLO 3: Analisi di due casi clinici: la relazione madre-figlia nei disturbi del comportamento alimentare 28

3.1 Ruolo del genere nella trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari 28

3.2 Profilo psicologico e alimentare in figlie con DCA: correlazioni con le caratteristiche materne 30

3.2.1 Il campione e la raccolta dati 30

3.2.2 L'analisi dei dati 32

3.2.3 Discussione e conclusioni 37

CAPITOLO 4: Approcci terapeutici 42

4.1 FBT- Terapia familiare strutturale 42

4.2 CBT- Terapia cognitivo comportamentale 47

Conclusioni 51

Bibliografia 55

Introduzione

Il presente elaborato finale indaga il fattore dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nel rapporto tra madri e figlie. Il fine è approfondire le influenze scoiali e psicologiche che caratterizzano il genere femminile.

Nel primo capitolo sono stati esposti i criteri diagnostici dei disturbi alimentari secondo l'edizione DSM-5-TR, che include l'ortoressia nervosa e la vigoressia. La specificità di genere nell'insorgenza dei DCA risulta evidente dalle percentuali ottenute da Favaro e colleghi (2019). Nella seconda parte del capitolo sono spiegati nel dettaglio gli stili genitoriali, fattori direttamente collegati al rapporto che l'individuo instaura con il cibo; sulla base dello stile genitoriale (Baumrind, 1967) adottato dal padre e dalla madre il figlio ha uno stile di attaccamento differente che influenza il comportamento alimentare.

Nel secondo capitolo vengono messi in evidenza i fattori esterni e interni che agiscono sull'individuo. Si parla di fattori socio-culturali, mediatici e biologici; dal punto di vista biologico è stato dimostrato che le donne accumulano il grasso in maniera diversa dagli uomini; il fattore socioculturale riguarda sia l'opinione critica dei genitori sul fisico e sul peso, sia l'opinione dei pari specialmente durante l'adolescenza dove l'individuo tende ad acquisire maggiore indipendenza dalla famiglia; dagli anni '90 è subentrato il fattore mediatico che è stato individuato come uno dei principali elementi causanti l'aumento dei disturbi alimentari nelle giovani donne a causa dell'idealizzazione di corpi irrealistici. Inoltre, all'interno di questo capitolo si approfondiscono le dinamiche familiari, specialmente la comunicazione made-figlia, che risultano decisive nella comparsa di DCA. L'influenza materna può contribuire all'insoddisfazione corporea e a comportamenti alimentari disfunzionali; le pratiche dietetiche possono avere risultati controproducenti e sono spesso il risultato di modelli familiari e

messaggi verbali sul peso, questo tipo di comunicazione può risultare particolarmente dannoso se è accompagnato da conflitti familiari o da uno stile comunicativo critico e incoerente.

Nel terzo capitolo vengono proposti due studi a dimostrazione dell'influenza diretta della madre sullo sviluppo di disturbo alimentare della figlia; il primo articolo (Elfhag et Linné, 2012) tratta dello studio longitudinale e trasversale SWEDES (Stockholm Weight Development Study) che ha l'obiettivo di indagare l'associazione tra patologie alimentari nelle madri e nei loro figli e figlie adolescenti in un campione di popolazione. Attraverso la somministrazione dello strumento TFEQ R-18 si analizza il legame tra le caratteristiche dei disturbi alimentari, comportamenti alimentari e peso corporeo; inoltre, si è indagata anche la variabile del peso della madre come possibile causa di influenza sull'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali. Il secondo studio (Vázquez-Velázquez et al., 2017) viene approfondito più nel dettaglio, ha l'obiettivo di valutare l'associazione tra comportamento alimentare e profilo psicologico tra madri e figlie con diversi DCA (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata) e un gruppo di controllo. Lo studio condotto è di tipo trasversale presso l'Istituto Nazionale di Scienze Mediche e Nutrizione Salvador Zubirán; sono state incluse 133 diadi: 30 diadi madre-figlia con anoressia nervosa, 30 diadi con bulimia nervosa, 19 diadi con disturbo da binge eating e 54 diadi senza disturbi dell'alimentazione.

Nell'ultimo capitolo vengono proposti due dei differenti tipi di trattamento terapeutico che possono essere adottati: la terapia familiare strutturale (FBT) e la terapia cognitivo comportamentale (CBT). Il primo intervento terapeutico è mirato a coinvolgere in maniera attiva la famiglia dell'individuo nel processo di guarigione, sfruttando le risorse e le dinamiche familiari per raggiungere il recupero del peso e della salute del paziente. Il secondo trattamento si focalizza sull'identificazione dell'individuo, la modificazione dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali per migliorare il benessere emotivo e psicologico; fornisce quindi

strumenti e strategie per gestire al meglio le emozioni, i pensieri e comportamenti portando a miglioramenti duraturi.

CAPITOLO 1: Disturbi del comportamento alimentare e stili educativi genitoriali

L'ultima edizione text revision del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi alimentari (DSM-5-TR), afferma che: *"i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un'alterazione persistente dell'alimentazione o del comportamento alimentare, che determina un consumo o un'assimilazione alterata del cibo e compromette in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicosociale."*

(APA,2022, p.372)

La comparsa del disturbo alimentare è spesso osservabile in età adolescenziale, periodo in cui si manifestano una crescita fisica, psicologica, l'esplorazione di sé stessi e uno sviluppo neurale (Bhattacharya et al., 2020). Attraverso diversi studi sono emersi gli effetti psicologici della pandemia COVID-19 e del lockdown, evidenziando l'aumento di disturbi alimentari, legate quindi al contesto storico in cui viviamo e di cui siamo protagonisti e osservatori (Lingiardi, 2024). Ciononostante, i risultati non sempre convergono e, soprattutto, resta ancora da chiarire l'impatto a lungo termine della pandemia sulle condizioni subcliniche e cliniche di queste patologie.

Sono stati individuati altri eventi contemporanei, quale l'utilizzo eccessivo e quotidiano dei social media, come fattori influenzanti dell'aumento della prevalenza di tali disturbi, sebbene gli studi dimostrino una manifestazione maggiore solo in individui con un maggiore rischio di sviluppo di quest'ultimi (Hausenblas et al., 2013).

È emersa una maggiore insorgenza dei disturbi alimentari nel sesso femminile (3.8%) rispetto a quello maschile (1.5%) (Favaro et al., 2019; Swanson et al. 2011). Tuttavia, questa

discrepanza potrebbe essere influenzata da bias nella rilevazione e diagnosi. Molti degli strumenti di valutazione comunemente utilizzati, infatti, sono progettati principalmente per le donne e potrebbero non essere del tutto adeguati agli uomini (Bhattacharya et al., 2020).

È importante sottolineare l'alta possibilità di comorbidità dei disturbi alimentari con condizioni mediche quali diabete, problemi cardiaci e disturbi gastrointestinali (Erdur et al., 2012) e con altre condizioni psichiatriche come ansia, depressione o abuso di sostanze (Salbach-Andrae et al., 2008; Bhattacharya et al., 2020).

Nessun disturbo alimentare è esente dall'elevato rischio di mortalità (Smink et al., 2012), ma i tassi più elevati si riscontrano in individui con anoressia nervosa e bulimia nervosa, classificandoli come i più alti tra le condizioni psichiatriche e mediche (Bhattacharya et al., 2020). Per questo motivo devono essere individuati e tratti tempestivamente per ottenere il risultato migliore.

1.1 Caratteristiche diagnostiche dei disturbi alimentari nel DSM-V-TR

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata seguono un sistema di classificazione esclusivo, per cui, durante un singolo episodio, può essere formulata solo una di queste diagnosi. Quindi, pur presentando alcune somiglianze a livello psicologico e comportamentale, questi disturbi si distinguono nettamente per il decorso clinico, la prognosi e le necessità terapeutiche.

Le due varietà di disturbi alimentari con più studi effettuati, ad oggi, sono l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, entrambe descritte nei criteri diagnostici del DSM-5 (2013). Con l'aggiornamento del manuale diagnostico vengono inclusi due nuovi disturbi: il Binge Eating Disorder, e il Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), oltre ai già

conosciuti disturbi della nutrizione, quali la Pica (disturbo che comporta il mangiare in maniera persistente alimenti non nutritivi, materiale non alimentare per un periodo maggiore a un mese) e il Disturbo da ruminazione (disturbo alimentare caratterizzato dal rigurgito del cibo dopo il consumo) (DSM-5, 2013).

Di recente sono comparsi nuovi quadri clinici sulla scena diagnostica, ovvero l'ortoressia nervosa e il dismorfismo muscolare anche chiamato vigoressia; l'inserimento di questi due disturbi alimentari all'interno delle classificazioni nosografiche è ancora argomento di dibattito.

Da menzionare sono le forme atipiche, inserite dal DSM-5-TR, che rientrano dei disturbi dell'alimentazione con altra specificazione. Al loro interno sono raggruppate tutte le condizioni in cui sono presenti dei sintomi caratteristici di una delle categorie, le quali causano un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale o lavorativo ma, che non soddisfano pienamente i criteri necessari per una diagnosi vera e propria di disturbo alimentare.

1.1.1 Anoressia Nervosa (AN)

I criteri diagnostici sono:

A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini adolescenti, meno di quello minimo previsto.

B. Intensa paura di aumentare di peso, o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del copro sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Rispetto al DSM-5 (APA, 2013) viene eliminata l'amenorrea come criterio necessario per la diagnosi; dall'altra parte viene introdotta la possibilità di specificare la gravità della patologia in relazione all'indice di massa corporea (IMC) del soggetto, che si distingue in forme lievi (IMC > 17KG/m²), moderate (IMC = 15-15,99 kg/m²) o estreme (IMC < 15 kg/m²).

All'interno del Manuale diagnostico vengono individuati due possibili sottotipi di anoressia nervosa: tipo con restrizioni (durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione. La perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e l'attività fisica eccessiva) e tipo con abbuffate/ condotte di eliminazione (durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione). Durante la malattia è frequente una commutazione da un sottotipo all'altro.

1.1.2 Bulimia Nervosa (BN)

I criteri diagnostici sono:

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1- Mangiare, in un determinato periodo di tempo (es. periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2- Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.

E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Il Manuale indica che le persone che soffrono di questo disturbo sono solitamente normopeso o sovrappeso, e che l'insorgere di questo circolo vizioso di abbuffate derivi da una precedente dieta per perdere peso.

Bisogna inoltre specificare la gravità in base alla frequenza di condotte compensatorie inappropriate; suddividendole in: lieve (1-3 episodi di condotte compensatorie a settimana), moderata (4-7 episodi a settimana), grave (8-13 episodi a settimana) ed estrema (14 o più episodi a settimana).

1.1.3 Disturbo da Binge Eating (BED)

I criteri diagnostici sono:

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1- Mangiare, in un determinato periodo di tempo (es. periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2- Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
5. Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C. È presente marcato disagio riguardo le abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per tre mesi.

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Si distingue dalla bulimia nervosa e dall'anoressia nervosa per l'assenza di condotte inappropriate e per la minore influenza della percezione distorta nella forma del proprio corpo sui livelli di autostima dell'individuo.

Il DSM-5-TR sottolinea che il disturbo da binge eating si manifesta frequentemente in individui normopeso/sovrappeso e con obesità. È da evidenziare il fatto che i soggetti con questo disturbo manifestano una maggiore compromissione funzionale, una peggiore qualità di vita, un maggiore disagio soggettivo e alti tassi di comorbidità psichiatrica.

La gravità attuale viene valutata in base alla frequenza degli episodi di abbuffata; forma lieve (1-3 episodi a settimana), forma moderata (4-7 episodi a settimana), forma grave (8-13 episodi a settimana) e forma estrema (14 o più episodi a settimana).

1.1.4 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

I criteri diagnostici sono:

A. Un disturbo dell'alimentazione (es. apparente mancanza di interesse per il cibo, evitamento legato alle caratteristiche sensoriali del cibo, preoccupazione per le conseguenze negative del mangiare) associato a uno, o più, dei seguenti fattori:

1. Perdita di peso significativa (o mancato raggiungimento dell'aumento di peso previsto o crescita lenta nei bambini)
2. Carenza nutrizionale significativa.
3. Dipendenza da alimentazione enterale o supplementi nutrizionali orali.
4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

B. Il disturbo non è meglio spiegato dall'assenza di cibo o da una pratica culturale.

C. Il disturbo alimentare non si verifica esclusivamente né parallelamente all'anoressia nervosa o alla bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disagio legato al peso o alla forma del corpo.

D. Il disturbo alimentare non è attribuibile a una condizione medica concomitante o non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo alimentare si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo alimentare supera quella della condizione o del disturbo e giustifica un'attenzione clinica.

I soggetti affetti da ARFID si dividono in diversi gruppi: coloro che hanno un'estrema sensibilità all'aspetto, all'odore, alla consistenza o alla temperatura degli alimenti; coloro che provano un forte disinteresse nei confronti del cibo; e coloro che hanno vissuto un'esperienza traumatica legata all'assunzione del cibo come il soffocamento.

1.1.5 Ortoressia

L'ortoressia viene fatta rientrare, dal DSM-V, nel capitolo "Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione del cibo"; e vengono indicati i seguenti criteri diagnostici:

A. Un'anomalia dell'alimentazione e della nutrizione (ad es. assenza di interesse per l'alimentazione o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo) che si manifesta attraverso una persistente incapacità di assumere un adeguato apporto nutrizionale e/o energetico associata con una o più delle seguenti (caratteristiche):

• Significativa perdita di peso o nei bambini incapacità a raggiungere il peso relativo alla crescita.

• Significativa carenza nutrizionale.

• Dipendenza dalla nutrizione enterale o da supplementi nutrizionali orali.

• Marcata interferenza col funzionamento psicosociale.

B. Il disturbo non è connesso con la mancanza di cibo o associato a pratiche culturali.

C. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di anoressia o bulimia nervosa e non vi è evidenza di anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo.

D. L'anomalia non è meglio attribuibile a una condizione medica o ad un altro disturbo mentale. Se il disturbo alimentare si manifesta nel corso di un altro

disturbo, la sua importanza supera quella del disturbo di base e richiede attenzione clinica (American Psychiatric Association 2013).

L'ortoressia nervosa è definita come un'ossessione patologica riguardo al consumo di cibi sani e naturali. Le origini del disturbo affondano le loro radici in contesti culturali e ambientali che rinforzano l'importanza del mangiare sano, dove gli alimenti assumono una posizione di potere nei confronti dell'individuo, allontanandolo da un rapporto naturale e non ossessivo con il cibo.

L'insorgere del disturbo è insidioso, in quanto inizialmente si può pensare che sia un modo naturale per correggere la propria alimentazione; ma, alla fine, si farà dell'alimentazione sana l'unico pensiero portando all'interruzione di relazioni sociali e affettive, e a conseguenze di malnutrizione e peggioramento della qualità di vita.

1.1.6 Vigoressia

La vigoressia, nota anche come dismorfismo muscolare o anoressia inversa, vede come sintomatologia principale la preoccupazione pervasiva e cronica che la propria costituzione corporea sia troppo gracile o insufficientemente muscolosa. Il DSM-5-TR (APA, 2022) sottolinea che la preoccupazione non sia limitata a una determinata parte del corpo, ma al corpo nella sua interezza.

La diagnosi del disturbo è particolarmente difficile e si affida, sostanzialmente, all'osservazione dell'individuo e delle sue abitudini. I sintomi che si manifestano nel vigoressico sono:

• dispercezione corporea, ovvero preoccupazione patologica rispetto ad un corpo ritenuto non sufficientemente asciutto e muscoloso. In casi estremi si arriva a farsi impiantare protesi nei pettorali per raggiungere la forma ideale (ibidem);

• controllo continuo del proprio aspetto fisico allo specchio o su altre superfici riflettenti;

• comportamenti di addiction nei confronti dell'esercizio fisico a cui è affidata priorità assoluta a dispetto delle relazioni e del lavoro (Ferrari e Ruberto 2012);

• disagio e malessere se l'allenamento non avviene nel modo preventivato;

• attenzione eccessiva nella preparazione dei pasti e in particolar modo per quel che riguarda l'apporto di proteine, fino ad arrivare all'ortoressia ovvero all'applicazione di ferree regole alimentari;

• assunzione frequente di integratori alimentari, fino ad arrivare a sostanze anche illegali;

• insoddisfazione per il proprio aspetto fisico (Pope et al. 2005).

1.2 Stili Genitoriali

Lo stile genitoriale è un modello di educazione determinato dall'insieme di comportamenti, atteggiamenti e strategie educative che i genitori assumono per relazionarsi e crescere i propri figli. Esso, quindi, influenza lo sviluppo emotivo, sociale e cognitivo del bambino. Vengono distinti quattro stili: autoritario, autorevole, permissivo e disimpegnato.

Dallo studio fatto, Sanvictores e Mendez (2022), spiegano che il genitore autoritario non si dimostra affettuoso, ma anzi è inflessibile, severo e impone numerose regole senza dare una spiegazione al bambino. Quest'ultimo dovrà seguire le regole in maniera impeccabile poiché teme di essere punito. Il genitore che adotta questo stile genitoriale pretende conformità e

obbedienza, limita l'indipendenza e l'autonomia dei figli. Piuttosto che spiegare il motivo delle proprie decisioni adottano misure punitive e coercitive, evitando di dare supporto.

Lo stile autorevole, al contrario, vede un genitore premuroso, che da regole chiare spiegandone i motivi, e utilizza la disciplina non a scopo punitivo ma come metodo educativo. I genitori, quindi, sono recettivi al cambiamento e prediligono la collaborazione con il figlio piuttosto che imporre la propria autorità. Evidenziano aspettative chiare per un comportamento conforme alle relazioni sociali, dimostrano affetto e sensibilità verso le loro necessità e li includono attivamente nelle decisioni.

Lo stile genitoriale permissivo vede come caratteristiche l'affettuosità, uno stile educativo molto rilassato e la quasi assenza di regole da dare ai figli. Questi ultimi possono prendere, quindi, decisioni da soli e riconoscono il genitore quasi più come un amico. Nonostante questa libertà e disponibilità nei confronti della prole, la mancanza totale di restrizioni e punizioni può risultare incoerente e imprevedibile.

Infine, i genitori disimpegnati non si mostrano affettuosi, sono distaccati dalla vita dei figli e si concentrano nel soddisfare esclusivamente i bisogni primari come cibo, riparo e istruzione. Non impongono regole né adottano certe misure disciplinari, trascorrono poco tempo con i figli e non cercano l'interazione con essi.

Dall'adozione di diversi stili genitoriale deriva lo stile di attaccamento del rapporto genitore-figlio (Baumrind,1971). I quattro tipi sono: sicuro, evitante, ansioso e disorganizzato.

Il bambino con un attaccamento sicuro, in età adulta, riuscirà ad intraprendere relazioni sane sapendo comunicare e riuscire ad avere la propria indipendenza dalla figura del partner. Percepisce accettazione da parte dei genitori che si sono dimostrati reattivi e disponibili.

I bambini con attaccamento ansioso svilupperanno timore nell'intraprendere relazioni e tenderanno ad essere dipendenti dai genitori o dal partner nella relazione amorosa. Questo tipo di attaccamento è la conseguenza di uno stile genitoriale con presenza di un comportamento incoerente, con carenze educative; i figli saranno più soggetti a sintomi depressivi, ansia, abuso di sostanze e trascuratezza.

L'attaccamento evitante si manifesta nella tendenza ad evitare relazioni affettive e a distaccarsi dagli altri. Il bambino, infatti, percepisce i genitori come poco interessati alla sua vita e al suo essere. Il genitore evitante è distaccato, freddo e porta il figlio a sviluppare difficoltà emotive e relazionali, con uno spiccato bisogno di controllo su sé stessi e il proprio corpo, motivo influente per lo sviluppo di disturbi alimentari.

Infine, l'attaccamento disorganizzato si riscontra spesso nei bambini che hanno subito maltrattamenti o abusi o che crescono con genitori segnati da traumi irrisolti. I bambini manifestano comportamenti ambigui, come espressioni di spavento, immobilità o evitamento in situazioni di disagio.

Il comportamento alimentare dei figli è fortemente influenzato dall'esempio che viene dato loro dai genitori (Pickard et al., 2024). L'impronta educativa del genitore può presentarsi attraverso restrizioni alimentari e trasmissione di abitudini sane o malsane.

Un'ampia letteratura analizza l'influenza delle dinamiche familiari sui disturbi alimentari negli adolescenti. I tre aspetti studiati maggiormente sono: gli stili genitoriali, l'attaccamento e il modellamento dei comportamenti alimentari e del peso.

Gli studi effettuati sulla correlazione tra stili genitoriali e disturbi alimentari (Kiefner-Burmeister e Hinman, 2020) dimostrano che la figura del genitore autorevole sia associata a sane abitudini alimentari nel figlio e a minor rischio di obesità. In contrapposizione lo stile autoritario, attraverso le eccessive pratiche restrittive, può portare a un consumo sproporzionato

di cibi malsani. Quando, invece, lo stile è permissivo l'assenza di controllo è legata a una gran quantità di assunzione di cibo e maggiori difficoltà nel perdere il peso. In alternativa, modelli genitoriali incongruenti sono stati ricollegati all'obesità negli adolescenti, poiché possono condurre a deregolazione delle abitudini alimentari a causa di risposte contraddittorie ai segnali alimentari dei genitori. Dalla letteratura emerge che nelle femmine, la tendenza alle abbuffate sia più marcata in presenza di genitori autoritari (17,1%) e permissivi (10,7%) rispetto a quello autorevole (8,3%). Per quanto riguarda il ruolo dello stile genitoriale disimpegnato nei disturbi alimentari la letteratura non fornisce sufficiente materiale di analisi (Baumrind, 1991).

L'aspetto dell'attaccamento mostra come il tipo sicuro abbia funzione protettiva nei confronti dello sviluppo di disturbi alimentari, mentre gli attaccamenti insicuri (evitante, disorganizzato e ansioso) sono associati a maggiore vulnerabilità che può scaturire in problemi di salute mentale come ansia e abuso di sostane, depressione, che condividono fattori di rischio con i disturbi alimentari.

Ultimo aspetto sono i comportamenti alimentari e relativi al peso dei genitori, i quali influenzano lo sviluppo di disturbi alimentari nei figli. Alcuni studi affermano che spesso le madri non siano consapevoli del loro ruolo nel modellare il rapporto dei figli con il cibo e il proprio corpo (Agras et al., 1999). Il controllo genitoriale sull'alimentazione può manifestarsi attraverso due diverse modalità: il controllo manifesto (restrizioni e imposizioni) e il controllo sottile (modellamento attraverso il proprio comportamento alimentare).

Le prime teorie sui disturbi alimentari si fondavano su osservazioni cliniche anziché su evidenze empiriche. Solo negli ultimi decenni la ricerca ha esplorato in modo sistematico il ruolo delle dinamiche familiari nelle persone affette da questi disturbi. Alcuni studi analizzano le interazioni all'interno della famiglia (Aragona et al., 2011), mentre altri mirano a individuare

specifici modelli relazionali associati ai disturbi alimentari (Berge et al., 2014). Tuttavia, non esiste un consenso scientifico su un'unica causa familiare alla base di questi disturbi.

CAPITOLO 2: Essere donna, rappresentazioni sociali e trasmissione intergenerazionale nel rapporto madre-figlia

Nella società contemporanea in cui viviamo, l'immagine della donna è profondamente influenzata da fattori biologici, mediatici e socioculturali (Borzekowski, 2005), che contribuiscono in maniera evidente allo sviluppo di abitudini alimentari disordinate. Il fattore biologico vede colpite maggiormente le femmine rispetto ai maschi poiché esse presentano un tasso inferiore di ossidazione basale dei grassi, che facilita l'accumulo di adipe e può incentivare comportamenti alimentari disfunzionali.

Tuttavia, non è corretto attribuire l'insorgenza di questi comportamenti ad un singolo fattore. Oltre alla predisposizione biologica, esistono i fattori interni quali la predisposizione genetica e i meccanismi neurobiologici, che comprendono quelli cognitivi e comportamentali, e che si presentano come potenziali fattori di rischio. Sono affiancati da fattori esterni come la pressione sociale e dei mass media, che tendono a creare e rafforzare degli ideali corporei incentrati sulla "taglia zero".

2.1 Fattori interni ed esterni

Il periodo dell'adolescenza risulta critico sia per la trasformazione fisica che psicologica; quindi, il rapporto con il proprio corpo si complica ulteriormente. Con la pubertà i cambiamenti possono essere causa di disagio e difficoltà nell'accettazione della nuova immagine corporea. Il focus delle preoccupazioni si concentra, soprattutto per le ragazze, sull'aspetto estetico; anche se ricerche recenti mostrano come ci sia un numero crescente di ragazzi (26%) insoddisfatto del proprio corpo. Nell'ambiente femminile invece la percentuale

sale al 46%, mentre solo il 17% dei ragazzi e il 12% delle ragazze in adolescenza dichiara di essere soddisfatto del proprio aspetto fisico (Ricciardelli e McCabe, 2002).

Questa insoddisfazione è spesso affiancata da elevati livelli di disagio psicologico e dall'adozione di comportamenti disfunzionali finalizzati al controllo del peso, chirurgia estetica o l'uso di sostanze dopanti. In questo scenario le dinamiche familiari ricoprono un ruolo significativo: i commenti critici da parte dei genitori, soprattutto se negativi e riferiti al peso o alla forma del corpo, sono stati correlati ad un abbassamento dell'autostima e all'insorgenza di abitudini alimentari disfunzionali (Dahill et al., 2021). Gli studi dimostrano che gli adolescenti in sovrappeso sono più spesso oggetto di prese in giro e maggiormente esposti al rischio di sviluppare un'immagine corporea negativa.

I messaggi comunicati dai genitori, soprattutto se esplicitamente riferiti alla perdita di peso, hanno un'influenza più rilevante rispetto all'esempio comportamentale. È emerso che i ragazzi che percepiscono una forte attenzione materna per il peso tendono a sviluppare con più facilità una propensione al desiderio di perdita di peso e a mettere in atto comportamenti restrittivi (Huon et al., 2000).

Da non sottovalutare sono i rapporti di amicizia, poiché durante l'adolescenza il ruolo dei pari diventa sempre più centrale (Shroff e Thompson, 2006). Infatti, il contributo del gruppo può essere incisivo: se un amico attribuisce un gran valore alla magrezza aumenta la probabilità che il ragazzo adotti comportamenti estremi e restrittivi, come vomito autoindotto o l'uso di lassativi. Inoltre, le pratiche di controllo del peso adottate tra gli adolescenti tendono spesso a riflettere quelle messe in atto dagli amici e dalle madri. Alcune ricerche suggeriscono che l'influenza dei pari e dei media possa addirittura superare quella dei genitori nella formazione dell'immagine corporea.

Il tipo di messaggio ricevuto, inoltre, appare condizionato dal genere: i ragazzi generalmente vengono incoraggiati ad aumentare la massa muscolare, mentre le ragazze subiscono pressioni per dimagrire. Con l'avanzare del tempo, però, le pressioni tendono a diminuire per i maschi, mentre si intensificano per le femmine (McCabe e Ricciardelli, 2005).

Uno dei principali fattori culturali che aumentano la tendenza a adottare comportamenti alimentari scorretti è la costante oggettivazione del corpo femminile (Knauss et al., 2007; Knauss et al., 2008). Il valore delle donne viene spesso stimato in base al loro aspetto esteriore, questo processo è amplificato dalla diffusione sui social media di immagini di corpi idealizzati. La pressione nel conformarsi a standard di bellezza irraggiungibili, spesso centrati su una magrezza estrema, spinge molte ragazze e donne a adottare dei comportamenti estremi, come diete drastiche o abitudini alimentari disordinate, con lo scopo di raggiungere l'ideale del "corpo perfetto".

I social agiscono come una potente "super-amico", influenzando la percezione del corpo ideale attraverso messaggi e immagini presenti in riviste, programmi televisivi film (Strasburger et al., 2009). I media definiscono quindi i canoni estetici e guidano i comportamenti nell'alimentazione, nell'apparizione e negli acquisti. Le immagini che ci vengono mostrate promuovono degli ideali estetici spesso irraggiungibili, associando magrezza e bellezza a desiderabilità e successo.

Dalla letteratura emerge una correlazione diretta tra l'esposizione ai media e lo sviluppo di disturbi alimentari (Wiseman et al., 1992). Tra il 1971 e il 1991 l'aumento delle pubblicità di prodotti dietetici in televisione è stato associato ad un incremento di disordini alimentari. Allo stesso modo, la graduale intensificazione della presenza di modelle magre tra il 1910-1930 e il 1950-1980 ha coinciso con un accrescimento dei comportamenti alimentari disfunzionali.

Negli anni ’90, il mercato statunitense dei prodotti dietetici ha registrato una crescita significativa, passando da 10 a 36 miliardi di dollari l’anno. Parallelamente, le riviste femminili hanno intensificato la pubblicazione di contenuti dedicati a dieta ed esercizio fisico, mentre il numero di riviste destinate alle adolescenti è triplicato. La maggior parte delle ragazze tra i 15 e i 18 anni ha dichiarato di leggerle quotidianamente, confrontandosi frequentemente con le immagini delle modelle rappresentate. Questo confronto ha contribuito a generare, in molte di loro, un crescente senso di insoddisfazione nei confronti del proprio corpo (Clay et al., 2005).

Quindi l’immagine della donna nella società moderna è fortemente plasmata da una rete complessa di influenze biologiche, sociali, familiari e mediatiche. Tali pressioni, particolarmente intense soprattutto in adolescenza, conducono a effetti significativi sul benessere fisico e psicologico delle giovani donne.

2.2 La diade madre-figlia nei disturbi alimentari

Il modo in cui i genitori, e in particolar modo le madri, condizionano le abitudini alimentari e la percezione del corpo nei figli ricopre un ruolo centrale nello sviluppo di disturbi alimentari disfunzionali. Sebbene si sia consapevoli che i disturbi alimentari sono determinati da una molteplicità di fattori, tra cui caratteristiche individuali, pressioni sociali e culturali, le dinamiche familiari costituiscono un aspetto chiave da considerare nella loro eziologia, prevenzione e trattamento (Huon et al., 2000).

È dimostrato da diversi studi che l’influenza della figura materna sia particolarmente decisiva nel comprendere l’insoddisfazione della propria immagine corporea e i comportamenti alimentari disordinati delle figlie (Jaffe e Woroby, 2006)). Un esempio concreto è l’aumento di sintomi bulimici nella figlia direttamente riconducibile all’incoraggiamento diretto della madre a perdere peso. Anche il solo parlare frequentemente di diete e di distorsione dell’immagine

corporea può essere un eventuale fattore di rischio di sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali. Questi risultati mostrano che l'incoraggiamento alla dieta, da parte dei genitori, può essere controproducente, evidenziando il bisogno di approcci alternativi e maggiormente sani per promuovere una maturazione sana del rapporto con il cibo tra le ragazze.

Le pratiche dietetiche sono estremamente diffuse tra bambine che tra adolescenti. Bambine di appena 5 anni sono consapevoli e conoscono le diete (Abramovitz e Birch, 2000), mentre già all'età di nove anni alcune iniziano ad avere un desiderio di perdere peso (Sinton e Birch, 2005). È stato registrato che circa il 40% di bambine in età scolare ha provato almeno una volta a seguire una dieta (Maloney et al., 1989), e che questa percentuale salga a due terzi tra le adolescenti (Eaton et al., 2012). Il fenomeno del controllo del peso e delle restrizioni alimentari non è caratteristico esclusivamente delle ragazze sovrappeso, ma è presente una quota consistente di adolescenti normopeso che ricorre a una condotta restrittiva legata al cibo (Neumark-Sztainer et al., 2002), molto spesso per inseguire il canone estetico idealizzato dai media e dalla società.

Le diete, però, hanno raramente successo a lungo termine e, contrariamente a quanto ci si aspetti, possono aumentare il rischio di sviluppo di disturbi alimentari (Hsu, 1996; Neumark-Sztainer et al., 2006; Patton et al., 1999), e quindi contribuire ad un incremento di peso in futuro (Field et al., 2003; Hill, 2004; Stice et al., 1999). Per questo motivo, è importante comprendere i fattori che inducono bambine e adolescenti a adottare comportamenti dietetici.

Tra i fattori implicati, un ruolo centrale è svolto dall'influenza, sia diretta che indiretta, esercitata dai genitori. I genitori contribuiscono a modellare non solo i comportamenti alimentari dei figli, ma anche l'ambiente in cui questi si sviluppano (Tinsley, 1992). Il modello di predisposizione all'obesità dominio-specifico di Costanzo e Woody (1985) evidenzia come i genitori, preoccupati per il rischio di obesità nei figli possono esercitare un controllo eccessivo

sull'alimentazione, utilizzando pratiche restrittive o promuovendo la dieta. Tali atteggiamenti, secondo Birch e Fisher (1998), possono avere un impatto negativo sulle abitudini alimentari dei bambini. I fattori motivanti alla base di questo comportamento includono spesso il desiderio di migliorare l'aspetto fisico dei figli (Striegel-Moore & Kearney-Cooke, 1994), trasmettendo un ideale di magrezza che può favorire un precoce interesse vero la dieta (Thelen & Cormier, 1995). Inoltre, il ricorso alle restrizioni alimentari, per i genitori, può rappresentare una reazione alla crescente autonomia decisionale del bambino (Bassett et al., 2008).

Durante la fase della pubertà, le trasformazioni fisiche come l'aumento del grasso corporeo e lo sviluppo delle caratteristiche sessuali secondarie possono innescare nelle ragazze il desiderio di iniziare a perdere peso (Byely et al., 2000). I genitori, a loro volta, possono reagire a questi cambiamenti con commenti ed incoraggiamenti legati al peso corporeo. Tuttavia, l'incoraggiamento a seguire una dieta non è rivolto esclusivamente a ragazze sovrappeso; anche le ragazze normopeso ne sono spesso oggetto (Fulkerson et al., 2002), suggerendo che il peso reale non sia l'unico elemento alla base di tali pressioni.

Le evidenze di studi longitudinali indicano che l'incoraggiamento parentale alla dieta può cominciare già dall'infanzia e proseguire fino all'adolescenza (Thelen e Cormier, 1995; Bauer et al., 2011). Questo comportamento si associa a comportamenti dietetici messi in atto dalle figlie (Dixon et al., 1996; Strong e Huon, 1998), anche se in molte ricerche l'influenza materna e paterna non vengono distinte. Tuttavia, alcuni studi evidenziano che l'incoraggiamento da parte della madre rappresenta un predittore decisivo dei comportamenti alimentari delle ragazze, mentre l'impatto paterno risulta meno incisivo evidenziando, in questo modo, la specificità di genere (Huon et al., 2000; Neumark-Sztainer et al., 2010).

Le dinamiche che si svolgono all'interno dell'ambiente familiare influenzano il comportamento alimentare attraverso tre differenti meccanismi: la percezione delle relazioni

familiari (es. conflitto), la modellazione dei comportamenti da parte delle madri (influenza indiretta) e la comunicazione verbale (influenza diretta) (Byley et al., 2000). Tra essi emerge che le influenze dirette, come messaggi verbali sul peso e sull'alimentazione, siano particolarmente evidenti e impattanti (Striegel-Moore e Kearney-Cooke, 1994). Dagli studi effettuati si osserva che i disturbi alimentari compaiono frequentemente all'interno di famiglie disfunzionali, che presentano conflitti, disorganizzazione, basso supporto e minore espressività emotiva (Bailey, 1991; Humphrey, 1986). In particolar modo è il conflitto familiare ad essere costantemente associato all'insorgere di disturbi legati al cibo da parte di ragazze adolescenti (Byely et al., 2000; Woodside et al., 1995).

Tuttavia, recenti ricerche affermano che il conflitto familiare non sia l'unico evento scatenante, ma che, piuttosto, da solo spieghi solo una porzione limitata della variabilità dei disturbi alimentari (Wade et al., 2001), e che il suo effetto sia mediato da altri fattori, come i messaggi verbali negativi. Questi ultimi comprendono critiche, minacce, prese in giro, ricompense legate al peso e alla forma fisica (Fairburn et al., 1997; Levine et al., 1994). Queste forme di comunicazione sono risultate essere predittori maggiori dei problemi alimentari rispetto all'esclusiva osservazione dei comportamenti alimentari inadeguati dei genitori (Wertheim et al., 1999, 2002; Baker et al., 2000). Nello specifico, la percezione che le figlie hanno di questi messaggi negativi è spesso più significativa del loro reale contenuto (Gross e Nelson, 2000; Wertheim et al., 1999).

La specificità di genere nell'influenza dell'insorgenza di disturbi alimentari viene sottolineata dal fatto che la figura della madre è percepita come maggiormente attiva, rispetto a quella paterna, nello spronare le figlie a perdere peso (Wertheim et al., 1999); a dimostrare ciò sono i risultati di studi effettuati, che mostrano: la convinzione delle figlie che la madre critichi il loro peso corporeo risulta essere uno dei più forti predittori di insoddisfazione corporea e sintomi bulimici (Stunkard, 1997).

Sebbene siano stati effettuati pochi studi per esaminare congiuntamente l'effetto del conflitto familiare e dei messaggi verbali negativi, alcune evidenze (Haworth-Hoeppner, 2000) suggeriscono che i messaggi verbali negativi siano un predittore indipendente di comportamenti alimentari disordinati, oltre ad essere fortemente associati a un clima familiare critico.

In una società in cui l'aspetto fisico assume un valore centrale, soprattutto per le donne, le madri svolgono un ruolo cruciale nella costruzione della percezione che le figlie hanno di sé stesse e del proprio corpo. I messaggi comunicati dalle madri, che siano essi espliciti, comportamentali o veicolati attraverso atteggiamenti impliciti, possono incidere profondamente sull'autostima delle figlie. Un episodio sovente è rappresentato dalla madre che esprime frequentemente insoddisfazione per il proprio corpo con frasi come: "Non posso vestirmi così, sono troppo grassa". Queste condizioni rischiano di portare la figlia ad un'interiorizzazione del messaggio e allo sviluppo della convinzione che anche il proprio copro non sia adeguato o degno di amore e accettazione. In opposizione, una madre che si valorizza e promuove un atteggiamento positivo, di rispetto e cura di sé può comunicare alla figlia un messaggio positivo, favorendo l'apprezzamento della propria immagine e della propria unicità (Cooley et al., 2008).

Questo ciclo di insoddisfazione corporea, specifico di genere, tende a perpetuarsi nel tempo di generazione in generazione. Quando una madre è abituata a seguire diete restrittive o a parlare in termini negativi del proprio corpo, aumenta il rischio che la figlia replichi gli stessi comportamenti (Jaffe e Woroby, 2006). Se la ragazza vede che ogni giorno la madre si pesa, svilupperà il pensiero che è il numero che compare sulla bilancia a dare un valore alla sua persona. Diversi studi hanno dimostrato che: le figlie che percepiscono la propria madre insoddisfatta del proprio corpo avranno maggior rischio di sviluppare problemi legati all'immagine corporea che potranno sfociare in disturbi alimentari.

L'influenza materna, quindi, non si limita ad un aspetto superficiale, ma incide profondamente sia sul piano emotivo che sul piano psicologico. Quando una madre esprime disapprovazione per il proprio corpo, le figlie tendono ad interiorizzare l'atteggiamento; le ragazze però non sviluppano esclusivamente una bassa autostima ma possono avere ripercussioni come ansia, depressione e nei casi più gravi può sfociare in un disturbo del comportamento alimentare, spesso alimentati dal desiderio di ottenere approvazione materna.

Il ruolo dei genitori in questa situazione è complesso; infatti, sia la relazione madre-figlia che padre-figlia possono veicolare messaggi contraddittori, ma altrettanto dannosi. Le madri, da una parte, rappresentano spesso la principale fonte di commenti relativi al peso e al copro, i padri, dall'altra, sebbene meno presenti in questo tipo di comunicazione, esercitano un'influenza rilevante particolarmente nei confronti dei figli maschi. È importante sottolineare che l'impatto dei genitori non si esaurisce nell'infanzia, ma continua ad avere a essere determinante anche durante l'adolescenza, nonostante il ruolo dei genitori tenda a diminuire con l'aumentare dell'autonomia dell'adolescente (Rodgers e Chabrol, 2009).

Ricerche recenti hanno evidenziato che i commenti negativi sulla forma fisica e sull'alimentazione, anche se espressi con uno scopo positivo, possano avere un impatto dannoso sul benessere psicologico dei ragazzi. Se una madre dice "Hai perso peso, stai bene", in maniera motivante, la figlia può pensare che essa sia una critica implicita focalizzandosi sull'auto-oggettivazione e rafforzando l'idea che il valore personale sia esclusivamente dipendente dalla conformità a certi standard corporei. Per questo motivo, il divario tra l'intenzione comunicativa dei genitori e la percezione che ne hanno i figli, rappresenta un elemento fondamentale per comprendere l'effetto dei messaggi (Phul e Himmelstein, 2018).

Inoltre, i commenti sul peso e sull'alimentazione sembrano avere effetti differenti a seconda del genere; se, infatti, le ragazze risultano particolarmente sensibili ai commenti

materni sul copro e sul cibo, i ragazzi patiscono maggiormente i commenti da parte del padre (Bussey e Bandura,1999). Questo potrebbe essere influenzato dai ruoli di genere tradizionali, dove le ragazze sono più inclini a identificarsi con l'ideale di magrezza promosso dalla madre, mentre i figli maschi si focalizzano sull'ideale di muscolosità trasmesso dal padre.

Un ambito ancora poco indagato riguarda la natura incoerente della comunicazione materna, in particolare nelle famiglie con figlie che sviluppano disturbi alimentari (Le Poire, 1992, 1995). Secondo la teoria dell'educazione incoerente come controllo (INC), sebbene le madri cerchino di contrastare i comportamenti alimentari disordinati, con i loro messaggi ambigui possono rinforzarli involontariamente. Quando i tentativi di controllo materno si esprimono attraverso l'alternanza di punizioni e rinforzi, si rischia di innescare un circolo vizioso che alimenta la persistenza del disturbo, accrescendo frustrazione e insicurezza psicologica nella figlia.

In conclusione, si osserva che, la relazione madre-figlia gioca un ruolo significativo nello sviluppo dei disturbi alimentari, non solo attraverso gli ideali trasmessi e i modelli comportamentali, ma anche attraverso le modalità di comunicazione quotidiana. Acquisire consapevolezza riguardo la rete di connessione tra messaggi verbali, conflitto e dinamiche familiari e incoraggiamento alla dieta è fondamentale per sviluppare degli interventi di prevenzione più efficaci, focalizzati a promuovere un ambiente familiare sano e favorevole al benessere psico-fisico delle ragazze.

CAPITOLO 3: Analisi di due casi clinici: la relazione madre-figlia nei disturbi del comportamento alimentare

Nel seguente capitolo verranno esposti due casi clinici che si occupano di analizzare il rapporto della diade madre-figlia nei disturbi alimentari. Il primo caso analizza la differenza dell'influenza materna nei confronti del comportamento alimentare dei figli di entrambi i sessi. Il secondo caso si addentra nel rapporto madre-figlia in tre specifici disturbi alimentari: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo binge eating.

3.1 Ruolo del genere nella trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari

Numerose ricerche accademiche evidenziano una tendenza dei disturbi alimentarti a manifestarsi in modo aggregato all'interno delle famiglie, con una particolare rilevanza nella relazione madre–figlia (Von Ranson et al., 1999). È stato osservato che i disturbi alimentari presenti nelle madri possono influenzare i comportamenti alimentari delle figlie sin dalla prima infanzia, con implicazioni che si estendono fino all'età adulta (Agras et al., 1999; Whelan e Cooper, 2000). Tuttavia, la trasmissione familiare di tali disturbi non è uniforme né garantita: studi precedenti condotti su adolescenti hanno riportato risultati discordanti, attribuibili presumibilmente alla limitata dimensione dei campioni analizzati (Ogden e Steward, 2000; Ogden e Elder,1998).

Un contributo significativo proviene dallo *Stockholm Weight Development Study (SWEDES)*, studio longitudinale e trasversale che esamina lo sviluppo del peso nelle donne e nei loro figli, che trae origine dallo Stockholm Pregnancy and Weight Development Study (Ohlin e Rossner, 1990). Tale studio ha esaminato le relazioni tra madri e figli adolescenti di entrambi i sessi tramite la somministrazione del questionario TFEQ R-18 (Three-Factor Eating

Questionnaire), il quale esplora il legame tra le caratteristiche dei disturbi alimentari, comportamenti alimentari e peso corporeo (Karlsson et al., 2000). I risultati hanno confermato una correlazione positiva tra il peso corporeo delle madri e quello dei figli. Negli adolescenti maschi, un peso corporeo maggiore risulta associato a un più elevato controllo cognitivo sul cibo, ovvero tentativi di limitarne l'ingestione. Al contrario, nelle madri il peso corporeo è maggiormente correlato a comportamenti disfunzionali, quali alimentazione emotiva e abbuffate.

La relazione madre-figlia si distingue per una specificità e profondità maggiore: vi è una significativa correlazione tra i comportamenti alimentari disfunzionali delle madri e quelli delle figlie, con particolare riferimento all'alimentazione emotiva (Wardle et al., 2002). Questo risultato suggerisce l'esistenza di meccanismi di apprendimento e identificazione, oltre al possibile contributo di fattori genetici e ormonali, particolarmente attivi durante la pubertà femminile (Price et al., 2000). Inoltre, l'età materna sembra influire in maniera decisiva: le madri più anziane condividono con le figlie soprattutto atteggiamenti restrittivi verso il cibo, mentre le madri più giovani presentano una maggiore somiglianza con le figlie riguardo agli atteggiamenti verso il corpo, probabilmente a causa di una minore distanza generazionale (Davis et al., 1993).

Diversamente, non è emersa alcuna correlazione significativa tra madri e figli maschi riguardo ai comportamenti alimentari o all'insoddisfazione corporea (Pingitore et al., 1997). Ciò potrebbe riflettere una minore vulnerabilità dei ragazzi a certi disturbi alimentari o una maggiore influenza della figura paterna nel processo di identificazione psicologica. Inoltre, le differenze nei contenuti delle preoccupazioni corporee tra i due sessi (le ragazze tendono a focalizzarsi su cosce ed addome, mentre i maschi su braccia e petto) potrebbero ridurre l'efficacia di strumenti di valutazione, come l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2), che adotta principalmente un approccio orientato al genere femminile (Garner, 1993).

In conclusione, i comportamenti alimentari disfunzionali appaiono condivisi prevalentemente tra madri e figlie femmine, suggerendo un'influenza familiare e culturale fortemente condizionata dalla specificità di genere. Nei figli maschi, invece, tali comportamenti sembrano meno legati alle caratteristiche materne. Pertanto, l'approccio clinico e preventivo dovrebbe tenere conto sia le specificità del disturbo, sia la natura della relazione familiare coinvolta (Pingitoreet al., 1997).

3.2 Profilo psicologico e alimentare in figlie con DCA: correlazioni con le caratteristiche materne

Uno studio correlato (Vázquez-Velázquez et al., 2017), ha scelto come oggetto di analisi la diade madre-figlia in base al tipo di disturbo alimentare: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata e un gruppo di controllo. Lo scopo è stato quello di valutare l'associazione dei comportamenti alimentari e del profilo psicologico tra madri e figlie che mostravano questi disturbi.

3.2.1 Il campione e la raccolta dati

Lo studio trasversale è stato condotto in un ospedale terziario, l'Istituto di Scienze Mediche e Nutrizione Salvador Zubirán. Il campionamento utilizzato è non probabilistico ed intenzionale; sono state prese in considerazione 133 diadi: 30 diadi madre-figlia con anoressia nervosa, 30 diadi madre-figlia con bulimia nervosa, 19 diadi madre-figlia con disturbo da binge eating e obesità e 54 diadi madre-figlia senza disturbi alimentari o obesità (gruppi di controllo).

I criteri di inclusione per il gruppo con diagnosi di disturbo alimentare comprendevano: per le figlie età compresa tra i 15 e i 30 anni, almeno un livello di istruzione pari alla scuola superiore, diagnosi conforme ai criteri del DSM-IV-TR per anoressia nervosa, bulimia nervosa

o disturbo da alimentazione incontrollata con obesità (BMI > 30), e convivenza con la madre biologica. Per quanto riguarda le madri, erano incluse quelle di età compresa tra i 35 e i 60 anni, con un livello di istruzione pari al diploma. Nel gruppo di controllo i criteri di inclusioni erano corrispondenti per età, livello di istruzione e convivenza con la madre biologica, ma si richiedeva un peso corporeo nella norma (BMI compreso tra 18,5 e 24,9).

I criteri di esclusione per madri e figlie appartenenti al gruppo con disturbi alimentari includevano la presenza di comorbidità mediche, ovvero diabete mellito di tipo 1 o 2, disturbi tiroidei o altre patologie in grado di compromettere il comportamento alimentare o lo stato emotivo, e la gravidanza. Nel gruppo di controllo sono state escluse le figlie che riportavano un punteggio superiore a 80 all'Eating Disorder Inventory (EDI-2) (García-García et al., 2003), così come coloro che presentavano comorbidità analoghe a quelle descritte precedentemente.

Infine, sono state escluse dallo studio tutte le partecipanti (madri o figlie) che non completavano i questionari o decidevano di ritirarsi dal progetto.

Settimanalmente, presso la Clinica per i Disturbi Alimentari dell'Istituto, vengono valutate circa 2-3 donne con un sospetto di disturbo alimentare per ricevere un primo inquadramento e un'assistenza iniziale. In questa prima fase vengono rilevati il peso e l'altezza, dati fondamentali per calcolare l'indice di massa corporea (BMI), e viene somministrato un colloquio clinico finalizzato alla diagnosi di uno dei tre disturbi alimentari presi in causa, secondo i criteri del DSM-+V-TR. Successivamente veniva somministrata una serie di test psicologici a tutte le partecipanti, e veniva rilevato il BMI delle madri.

Il gruppo di controllo era costituito da donne senza disturbi alimentari, selezionate da un campione di 231 studentesse delle scuole superiori (tra i 15 e i 19 anni) provenienti da un istituto privato di Città del Messico, e da 60 donne (parenti o amiche delle studentesse) iscritte a università, senza distinzione tra pubbliche o private, escludendo però studentesse di

psicologia, nutrizione e medicina. Le diadi madre-figlia che rispettano i criteri e accettano di partecipare sono sottoposte alla serie di test psicologici e alla rilevazione di peso e altezza. Le ragazze con punteggio EDI-2 > 80 vengono indirizzate alla clinica per la diagnosi e la possibilità di trattamento.

3.2.2 L'analisi dei dati

I dati sono stati descritti attraverso l'utilizzo della media e della deviazione standard per le variabili continue. Le differenze tra le diadi madre-figlia sono state analizzate mediante il Test t di Student, mentre la correlazione di Pearson è stata utilizzata per studiare le associazioni tra IMC (indice di massa corporea), variabili del comportamento alimentare e del profilo psicologico all'interno di ciascuna diade. I dati sono stati inseriti in Microsoft Excel e analizzati con il Software statistico SPSS®, versione 19 (SPSS Inc., USA). Un valore di p value inferiore a 0,05 è stato considerato statisticamente significativo.

L'età media delle pazienti era di 18,2 ± 2,9 anni (AN), 19,1 ± 3,1 anni (BN), 22,3 ± 3,1 anni (BED) e 19,1 ± 2,7 anni per il gruppo di controllo. La durata media del disturbo era pari a 2,2± 1,8 anni per l'anoressia nervosa, 4,2 ± 2,9 anni per la bulimia nervosa e 7,6 ± 4,5 anni per il disturbo di binge eating. Le madri avevano una media di età di 45,2 ± 5,5 anni (AN), di 47,6 ± 5,1 anni (BN), 50,3 ± 4,5 anni (BED), e il gruppo di controllo 47,4 ± 5,4 anni, e tutte le madri avevano completato almeno la scuola media.

Dalla Tabella 1 appare che: il BMI delle figlie che soffrono di anoressia nervosa indica sottopeso, quello delle pazienti con bulimia nervosa e del gruppo di controllo indica normopeso, e quello delle pazienti con disturbo di binge eating indica un'obesità grave di terza classe. Tra le madri solo quelle appartenenti al gruppo di controllo presenta un peso normale, le altre risultano in sovrappeso. In generale nessuno dei gruppi delle madri ha ottenuto dei punteggi

elevati che possano suggerire una psicopatologia, tranne le madri delle pazienti con anoressia che presentano livelli elevati di ansia.

Tabella 1 BMI e punteggi relativi alle variabili del profilo psicologico e del comportamento alimentare di madri e figlie, in base a la diagnosi delle figlie

	AN (n= 30)		BN (*n*= 30)		LETTO (*n*= 19)		Controlli (=	54)
	D	M	D	M	D	M	D	M
BMI	16,9± 3,2	26,3± 4,1	22,2± 3,2	26,0± 6,5	40,5± 7,6	29,3± 4,1*	21,5± 1,5	23,9± 3,3
Inventario dei disturbi alimentari (EDI-2)								
Sforzo per la magrezza (DT) (14)	**14,3± 6,8**	3,4± 4,8	**16,7± +4,4**	3,2± 4	11,4± 4,2	5,4± 5,3	2,4± 3	3,1± 3,7
Bulimia (B) (3)	**3,2± 4,7**	0,2± .7	**9,8± 7**	0,1± .7	**5,0± 4,7**	1,2± 2,9	0,5± 1,3	0,2± .9
Insoddisfazione corporea (BD) (14)	**14,4± 7,1**	7,0± 6,1	**19,1± 7,3**	5,7± 4,8	**19,6± 5,7**	9,7± 6,1	4,0± 4,7	5,4± 5,6
Inefficacia (I) (7)	**10,6± 8,6**	2,4± 3,7	**11,9± 8,5**	2,4± 2,3	**9,1± 6,2**	4,2± 6	0,9± 1,7	0,9± 1,5
Perfezionismo (P) (11)	10,7± 4,2	4,5± 4	10,5± 4,1	4,4± 3,6	9,5± 3,9	6,8± 3,8	6,4± 3,8	4,7± 3,1
Diffidenza interpersonale (ID) (7)	**8,9± 5,5**	3,0± 3,4	**7± 5,6**	2,7± 3,2	5,9± 5,6	5,0± 3,5	1,7± 2,1	2,1± 2,9
Consapevolezza interocettiva (IA) (11)	**13,7± 7,6**	3,3± 4,8	**13,1± 7,5**	2,8± 3,1	9,2± 5,7	3,8± 4,1	2,0± 3,1	1,4± 2,1
Paure della maturità (MF) (8)	**11,7± 7,1**	3,7± 3,2	**9,5± 6,9**	4,1± 3,1	**9,3± 5,9**	5,9± 4,4	3,9± 3,2	3,5± 3,9
Ascetismo (A) (7)	**8,9± 5,4**	3,1± 2,4	**9,7± 5**	4,6± 2,9	6,8± 3,1	3,8± 2,7	2,5± 1,7	3,3± 2,3
Regolazione degli impulsi (IR) (11)	**13,1± 7,4**	4,3± 4,7	**12,8± 7**	3,3± 3,6	7,7± 4,6	5,1± 4,4	2,1± 2,4	1,8± 2,6
Insicurezza sociale (SI) (6)	**10± 5,6**	3,1± 2,8	**9,4± 6,3**	3,0± 2,9	**7,3± 4,9**	4,1± 5,2	1,4± 1,7	1,4± 1,9
EDI-2 Totale (EDI-2) (105)	**119,5± 51**	38,1± 26	**129,5± 51,7**	36,4± 21	**100,8± 31,4**	54,9± 31	27,7± 16,7	27,7± 10,5
Depressione (BDI) (10)	**26,7± 12,1**	**14,7± 9**	**27,6± 10,8**	**11,8± 8**	**20,6± 11,7**	**16,5± 12,6**	5,6± 4,3	7,5± 5,5
Ansia (BAI) (6)	**47,5± 14,8**	**16,9± 12,2**	**43,6± 14,2**	**10,9± 8,6**	**42,6± 12,3**	**15,8± 12,5**	**23,4± 10,2**	**8,0± 7,9**
Scala Toronto Alexithymia (TAS)								
Difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti (DIDF)	10,0± 4,4	27,1± 16	10,6± 5	28,0± 17	8,6± 4,4	34,2± 19	6,1± 3,2	19,7± 12,6
Pensiero orientato all'esterno (EOT)	57,6± 17,3	8,0± 4,7	54,2± 17,1	6,5± 3,5	51,2± 13,6	9,3± 5,5	29,5± 11,1	5,2± 3,7
Totale TAS (TAS) (51)	26,5± 15,3	35,1± 17,3	30,0± 11	34,5± 17,9	21,4± 9,6	43,5± 20,2	9,0± 6,5	24,9± 14,8
Questionario sull'alimentazione a tre fattori (TFEQ)								
Restrizione alimentare (DR) (14)	**16,5± 4,1**	7,1± 4,2	**15,1± 4,3**	8,2± 3,9	8,9± 4,8	9,8± 4,2	7,5± 4,7	10,3± 4,9
Disinibizione (D) (12)	4,9± 3,1	5,1± 3,4	10± 4	4,2± 3,2	11,3± 3,1	5,7± 4,1	4,9± 3,2	4,5± 3,1
Fame (H) (11)	3,9± 3	3,8± 2,4	7,4± 4,4	4,2± 2,6	8,9± 3	4,2± 3,2	5,1± 2,6	3,5± 2,7

I dati sono indicati come media± deviazione standard
D Figlie, *M* Madri, *AN* Anoressia Nerviosa, *BN* Bulimia Nerviosa, *BED* Disturbo da alimentazione incontrollata
I valori in grassetto suggeriscono punteggi elevati e clinici, in base al punteggio di cut-off (numero tra parentesi accanto a ciascuna scala)
*ANOVA, $p < 0,05$, BED vs. BN e controlli

Tabella 3.1, BMI e punteggi relativi alle variabili del profilo psicologico e del comportamento alimentare di madri e figlie, in base alle diagnosi delle figlie.

La Tabella 2 mostra le differenze significative tra madri e figlie con anoressia nervosa nella maggior parte delle variabili, tranne che per il pensiero esternalizzato, la disinibizione e la fame. Le correlazioni appaiono per lo più inverse: degli esempi sono il desiderio di magrezza e il controllo dietetico della figlia sono negativamente relati alla regolazione degli impulsi della madre; l'insoddisfazione corporea della figlia inversamente associata al perfezionismo della

madre. Inoltre, un BMI più basso nella figlia si associava direttamente ad una maggiore fame e depressione nella madre. Il livello di controllo dietetico della figlia mostrava una correlazione inversa con il desiderio di magrezza, il perfezionismo, l'ascetismo e il punteggio complessivo ottenuto dalla madre all'EDI-2.

Tabella 2 Confronto e correlazioni di BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico in pazienti con anoressia nervosa e nelle loro madri

	AN		r	Correlazioni statisticamente significative con altre scale di madre ¹
	Figlie	Madri		
IMC	16,9± 3,2	26,3± 4,1**	.29	H (− .37), BDI (− .43)
Inventario dei disturbi alimentari (EDI-2)				
Sforzo per la magrezza (DT)	14,3± 6,8	3,4± 4,8**	−.37*	P (− .39),MF (− .44), A (− .42), IR (− .60), EDI-2 (− .43)
Bulimia (B)	3,2± 4,7	0,2± 0,7*	−.18	
Insoddisfazione corporea (BD)	14,4± 7,1	7± 6.1**	−.13	P (− .62), MF (− .36), EDI-2 (− .43), DR (− .37)
Inefficacia (I)	10,6± 8,6	2,4± 3,7**	.09	MF (− .36)
Perfezionismo (P)	10,7± 4,2	4,5± 4**	−.41*	BD (− .39)
Diffidenza interpersonale (ID)	8,9± 5,5	3,0± 3,5**	.19	
Consapevolezza interocettiva (IA)	13,7± 7,6	3,3± 4,8**	.13	P (− .39)
Paure della maturità (MF)	11,7± 7,1	3,7± 3,2**	−.32	P (− .38), EOT (− .45)
Ascetismo (A)	8,9± 5,4	3,1± 2,4**	−.11	P (− .49)
Regolazione degli impulsi (IR)	13,1± 7,4	4,3± 4,7**	−.12	P (− .54)
Insicurezza sociale (SI)	10± 5,6	3,1± 2,8**	−.12	MF (− .36)
EDI-2 Totale (EDI-2)	119,5± 51	38,1± 26**	−.28	P (− .52), MF (− .39)
Depressione (BDI)	26,7± 12,1	14,7± 9**	−.07	P (− .42)
Ansia (BAI)	26,5± 15,3	16,9± 12,2*	.30	
Scala Toronto Alexithymia (TAS)				
Difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti (DIDF)	47,5± 14,8	27,1± 16**	.12	MF (− .50)
Pensiero orientato all'esterno (EOT)	10,0± 4,4	8,0± 4,7	.05	B (.48)
TAS Totale (TAS)	57,6± 17,3	35,1± 17,3**	.06	P (− .36), MF (− .45)
Questionario sull'alimentazione a tre fattori (TFEQ)				
Restrizione alimentare (DR)	16,5± 4,1	7,1± 4,2**	−.20	DT (− .42), P (− .50), A (− .55), IR (− .63), EDI-2 (− .45)
Disinibizione (D)	4,9± 3,1	5,1± 3,4	−.16	DT (− .39)
Fame (H)	3,9± 3,0	3,8± 2,4	.29	I (.37)

I dati sono indicati come media± deviazione standard
* $p < .05$, ** $p < .001$
¹Correlazioni tra il punteggio della figlia su questa scala e il punteggio della madre su altre scale del questionario

Tabella 3.2, confronto e correlazioni di BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico in pazienti con anoressia nervosa e nelle loro madri.

La Tabella 3 rappresenta le differenze significative tra tutte le variabili, compreso il BMI, nelle diadi madre-figlie con bulimia nervosa. È emerso che la difficoltà della figlia nell'individuare e descrivere le proprie emozioni (alessitimia) è inversamente legata al pensiero esternalizzato della madre. La limitazione della figlia nella regolazione degli impulsi è

positivamente correlata all'ansia materna, mentre la disinibizione alimentare è negativamente associata al controllo dietetico della madre.

Tabella 3 Confronto e correlazioni tra BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico in pazienti con bulimia nervosa e loro madri

	BN		r	Correlazioni statisticamente significative con altre scale di madre[a]
	Figlie	Madri		
BMI	22,2± 3,2	26,0± 6,5**	.51**	BD (.39)
Inventario dei disturbi alimentari (EDI-2)				
Sforzo per la magrezza (DT)	16,7± +4,4	3,4± 4,1**	.18	
Bulimia (B)	9,8± 7,0	0,3± 1,0**	.07	
Insoddisfazione corporea (BD)	19,1± 7,3	6,3± 5,9**	−.01	
Inefficacia (I)	11,9± 8,5	2,3± 2,3**	−.22	
Perfezionismo (P)	10,5± 4,1	4,4± 3,6**	.05	
Diffidenza interpersonale (ID)	7± 5,6	2,7± 3,2**	.20	
Consapevolezza interocettiva (IA)	13,1± 7,5	2,9± 3,1**	.04	
Paure della maturità (MF)	9,5± 6,9	4,2± 3,2**	.15	
Ascetismo (A)	9,7± 5	4,6± 2,8**	.03	SI (.39)
Regolazione degli impulsi (IR)	12,8± 7	3,3± 3,5**	.19	BAI (.39)
Insicurezza sociale (SI)	9,4± 6,3	3± 2,9**	.06	
EDI-2 Totale (EDI-2)	129,5± 51,7	37,5± 21,7**	.10	
Depressione (BDI)	27,6± 10,8	12,0± 8**	.27	
Ansia (BAI)	30,0± 11	11,6± 9,3**	.12	
Scala Toronto Alexithymia (TAS)				
Difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti (DIDF)	43,6± 14,2	27,8± 16,7**	.19	EOT (− .53)
Pensiero orientato all'esterno (EOT)	10,6± 5	6,4± 3,5*	−.16	
TAS Totale (TAS)	54,2± 17,1	34,3± 17,7**	.03	EOT (− .49)
Questionario sull'alimentazione a tre fattori (TFEQ)				
Restrizione alimentare (DR)	15,1± 4,3	8,3± 3,9**	.21	
Disinibizione (D)	10± 4,0	4,5± 3,5**	−.02	DR (− .38)
Fame (H)	7,4± 4,4	4,3± 2,6*	−.14	

I dati sono indicati come media± deviazione standard
* p< .05, ** p< .001
[a]Correlazioni tra il punteggio della figlia su questa scala e il punteggio della madre su altre scale dei questionari

Tabella 3.3, Confronto e correlazioni tra BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico in pazienti con bulimia nervosa e le loro madri.

Anche per il gruppo BED sono state osservate differenze importanti nel BMI e nella maggior parte delle scale, tranne per l'interpersonal distrust, l'ansia, la depressione, le scale e il punteggio totale del TAS e il controllo dietetico (Tabella 4). L'unica relazione inversa è risultata tra il BMI della figlia e il desiderio di magrezza della madre. Sono invece emersi collegamenti positivi nel controllo dietetico tra madre e figlia. Il sintomo depressivo della figlia

è stato associato alla bulimia, al senso di inefficacia, alla consapevolezza interocettiva e al punteggio totale EDI-2 materno. La disinibizione alimentare della figlia è significativamente relata alla fame della madre; infine, l'alessitimia della figlia è associata al pensiero esternalizzato materno.

Tabella 4 Confronto e correlazioni tra BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico in pazienti con disturbo da binge eating e nelle loro madri

	LETTO		r	Correlazioni statisticamente significative con altre scale di madre[a]
	Figlie	Madri		
IMC	40,5± 7,6	29,3± 4,1**	.20	DT (− .46)
Inventario dei disturbi alimentari (EDI-2)				
Sforzo per la magrezza (DT)	11,4± 4,2	5,4± 5,3**	.37	
Bulimia (B)	5,0± 4,7	1,2± 3,0*	−.25	
Insoddisfazione corporea (BD)	19,6± 5,7	9,7± 6,1**	.24	
Inefficacia (I)	9,1± 6,2	4,2± 6*	.41	
Perfezionismo (P)	9,5± 3,9	6,8± 3,8*	.22	
Diffidenza interpersonale (ID)	5,9± 5,6	5,0± 3,5	.42	
Consapevolezza interocettiva (IA)	9,2± 5,7	3,8± 4,1**	.30	
Paure della maturità (MF)	9,3± 5,9	5,9± 4,4*	.55*	I (.55), IA (.47)
Ascetismo (A)	6,8± 3,1	3,8± 2,7*	.25	P (.48)
Regolazione degli impulsi (IR)	7,7± 4,6	5,1± 4,4*	.45	
Insicurezza sociale (SI)	7,3± 4,9	4,1± 5,2*	.38	
EDI-2 Totale (EDI-2)	100,8± 31,4	54,9± 31**	.28	IA (.47)
Depressione (BDI)	20,6± 11,7	16,5± 12,6	.34	B (.50), I (.46), IA (.61), EDI-2 (.49)
Ansia (BAI)	21,4± 9,6	15,8± 12,5	.32	
Scala Toronto Alexithymia (TAS)				
Difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti (DIDF)	42,6± 12,3	34,2± 19,1	.16	ID (.50), EOT (.58)
Pensiero orientato all'esterno (EOT)	8,6± 4,4	9,3± 5,5	.02	
TAS Totale (TAS)	51,2± 13,6	43,5± 20,2	.25	EOT (.53)
Questionario sull'alimentazione a tre fattori (TFEQ)				
Restrizione alimentare (DR)	8,9± 4,8	9,8± 4,2	.49*	ID (− .49)
Disinibizione (D)	11,3± 3,1	5,7± 4,1**	.45	H (.50)
Fame (H)	8,9± 3,0	4,2± 3,2**	.15	

I dati sono indicati come media± deviazione standard
* p< .05, ** p< .001
[a]Correlazioni tra il punteggio della figlia su questa scala e il punteggio della madre su altre scale dei questionari

Tabella 3.4, confronto e correlazioni tra BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico in pazienti con disturbo del binge eating e nelle loro madri.

In conclusione, la Tabella 5 evidenzia un'elevata somiglianza tra le donne del gruppo di controllo e le rispettive madri rispetto a tutti gli altri gruppi. Le differenze si riscontrano nel BMI, nel perfezionismo, nell'ascetismo, nella depressione, nel controllo dietetico e nella fame.

Le connessioni rilevanti dal punto di vista statistico nella diade riguardano le scale di bulimia, inefficacia e disinibizione.

Tabella 5 Confronto e correlazioni di BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico tra le figlie e le loro madri nel Gruppo non ED

	Non-ED		r significative	Correlazioni statisticamente con altre scale di madre[a]
	Figlie	Madri		
BMI	21,5± 1,5	23,9± 3,3**	.33*	
Inventario dei disturbi alimentari (EDI-2)				
Sforzo per la magrezza (DT)	2,4± 3,0	3.1± 3.7	.02	
Bulimia (B)	0,5± 1,3	0,2± 0,9	.47**	
Insoddisfazione corporea (BD)	4,0± 4,7	5,4± 5,6	.24	
Inefficacia (I)	0,9± 1,7	0,9± 1,5	.45**	B (.31), P (.34), IA (.34), EDI-2 (.36)
Perfezionismo (P)	6,4± 3,8	4,7± 3,1*	.13	
Diffidenza interpersonale (ID)	1,7± 2,1	2,1± 2,9	−.20	P (.30)
Consapevolezza interocettiva (IA)	2.0± 3.1	1,4± 2,1	−.03	
Paure della maturità (MF)	3,9± 3,2	3,5± 4	.18	B (.32)
Ascetismo (A)	2,5± 1,7	3,3± 2,3*	.21	TAS (− .27)
Regolazione degli impulsi (IR)	2.1± 2.4	1,8± 2,6	.17	I (.30), SI (.27)
Insicurezza sociale (SI)	1,4± 1,7	1,4± 2	.05	P (.34)
EDI-2 Totale (EDI-2)	27,7± 16,7	27,7± 18,5	.12	
Depressione (BDI)	5,6± 4,3	7,5± 5,5*	.11	IR (.34)
Ansia (BAI)	9,0± 6,5	8,0± 7,9	.19	
Scala Toronto Alexithymia (TAS)				
Difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti (DIDF)	23,4± 10,2	19,7± 12,6	.12	P (.28), A (.31)
Pensiero orientato all'esterno (EOT)	6,1± 3,2	5,2± 3,7	.03	H (.30)
TAS Totale (TAS)	29,5± 11,1	24,9± 14,8	.07	P (.32), A (.33)
Questionario sull'alimentazione a tre fattori (TFEQ)				
Restrizione alimentare (DR)	7,5± 4,7	10,3± 4,9**	.24	
Disinibizione (D)	4,9± 3,2	4,5± 3,1	.32*	H (.39), B (.30)
Fame (H)	5,1± 2,6	3,5± 2,7**	.20	DT (− .27), BD (− .31)

I dati sono indicati come media± deviazione standard
* p< .05, ** p< .001
[a]Correlazioni tra il punteggio della figlia su questa scala e il punteggio della madre su altre scale del questionario

Tabella 3.5, confronto e correlazioni tra BMI, comportamento alimentare e profilo psicologico tra le figlie e le loro madri nel gruppo non ED.

3.2.3 Discussione e conclusioni

Gli autori dello studio avevano come obbiettivo quello di comprendere in che modo le associazioni tra madri e figlie si manifestassero nei diversi disturbi alimentari. I risultati hanno evidenziato variazioni significative in relazione al tipo di disturbo.

Nel caso dell'anoressia nervosa sono state riscontrate correlazioni inverse nelle diadi madre-figlia, le quali potrebbero corrispondere ad un conflitto di identificazione, come già riportato nella letteratura: la figlia avrebbe quindi difficoltà nell'identificarsi con la madre o potrebbe ribellarsi discostandosi dall'immagine della madre. Nonostante i processi di imitazione, identificazione e interiorizzazione siano coerenti con lo sviluppo, nel caso dell'anoressia nervosa il disturbo diventa l'unico mezzo della figlia attraverso cui può iniziare il meccanismo di individualizzazione che è stato precedentemente precluso (Bruch, 1973; Sherkow et al., 2009).

Studi precedenti sostengono che il BMI più basso della figlia è associato a livelli elevati di depressione nella madre, ciò porta a pensare che ci sia una relazione diretta tra la gravità del disturbo alimentare e lo stato depressivo materno (Raviet al., 2009; Minuchin et al., 1975). Tuttavia, questo studio non consente di attribuire la direzione causale di tale relazione; inoltre, non è stata riscontrata una relazione tra la depressione materna e l'ascetismo della figlia, come invece aveva mostrato Bachar e colleghi (2008). Probabilmente questo risultato è dovuto alla breve durata (2 anni) del disturbo delle pazienti prese in analisi dagli autori.

Differentemente da quanto dimostrato nello studio di Benninghoven (Benninghoven et al., 2007), la ricerca non ha rilevato un legame positivo nella percezione del peso corporeo tra madri e figlie. Nel caso in cui la figlia presentasse insoddisfazione corporea e desiderio di magrezza, i sintomi di restrizione, psicopatologia, perfezionismo e ascetismo nella madre sarebbero a livelli inferiori rispetto a quelli della figlia.

Lo studio proposto da McKinley (1999) è analogo a questo studio, entrambi riscontrano una relazione negativa tra la vergogna corporea nella madre e l'autostima corporea della figlia. Tuttavia, da questa ricerca, l'unica associazione significativa emersa è quella tra l'insoddisfazione corporea materna e il perfezionismo della figlia. Le correlazioni inverse

osservate nel gruppo AN, che non risultano essere mai state descritte in precedenza nella letteratura, dimostrano che, in presenza di questo disturbo, i comportamenti della figlia siano spesso in contrasto con quelli materni.

Nel caso del gruppo della bulimia nervosa, la correlazione più rilevante ha mostrato che maggiore è la disinibizione della figlia e minore è la restrizione alimentare della madre, ciò significa che entrambe le componenti della diade hanno presentato difficoltà nel limitare l'assunzione di cibo. In questo studio non è emersa una correlazione diretta sul piano dell'associazione tra disinibizione materna e comportamenti alimentari disinibiti nelle figlie (Stunkard e Messick, 1998). Le poche associazioni riscontrate in questo gruppo suggeriscono la possibilità di effettuare uno studio sul ruolo di altre figure familiari, come il padre o i fratelli, poiché in altri studi le prese in giro paterne si sono rivelate predittrici significative di comportamenti bulimici (Haslam et al., 2008; Keery et al., 2006; Field et al., 2008).

Nel gruppo binge eating gli autori hanno rilevato un legame significativo tra la fame percepita dalla madre e la disinibizione della figlia, oltre a un'associazione contrariata l'IMC della figlia e il desiderio di magrezza della madre. Il comportamento alimentare disordinato della figlia viene associato a problematiche simili nella madre, come ad esempio la fame eccessiva, la depressione, l'ansia e l'alessitimia. La letteratura suggerisce diversi studi, i quali hanno evidenziato che, in popolazioni non cliniche, le madri preoccupate per il peso e l'alimentazione tendono ad avere delle figlie insoddisfatte del proprio corpo, propense ad alternare le restrizioni alle abbuffate (Stunkard e Messick, 1998; Neumark-Sztainer et al., 2010). Nonostante lo scopo dello studio non fosse questo, si osserva che le madri del gruppo presentano un BMI in media più elevato rispetto a quello degli altri gruppi, riflettendo forse un desiderio implicito di migliorare la propria forma fisica. Hudson e colleghi (2006) hanno associato un rischio maggiore di obesità tra i familiari dei pazienti con disturbo binge eating,

inclusa la possibilità di sviluppare a loro volta il BED. Il numero limitato di studi sui modelli familiari in questo disturbo rende i risultati ottenuti di significativo interesse.

Il gruppo di controllo mostra correlazioni più numerose e coerenti nella diade, confermando le supposizioni riguardo la natura del legame madre-figlia. Questi risultati sono analoghi a quanto riscontrato da Boschi et al. (2010), che hanno evidenziato collegamenti rilevanti nelle scale di bulimia, disinibizione e dieta nel gruppo di controllo. Risulta rilevante che le madri di questo gruppo hanno un IMC nella norma suggerendo un possibile ruolo positivo della figura materna nel consolidamento di abitudini alimentari sane da parte della figlia, come affermato anche da Hahn-Smith e Smith (2001).

Essendo il disegno dello studio trasversale, non è possibile stabilire delle relazioni causali; tuttavia, i risultati ottenuti rappresentano un primo inizio verso l'individuazione di un possibile effetto modellante, in particolar modo in relazione ai diversi tipi di disturbo alimentare. Quindi, gli autori non sono riusciti a stabilire in maniera definitiva se il profilo psicologico della madre sia un fattore anticipatorio dell'insorgenza del disturbo nella figlia, nonostante tratti come la depressione o il perfezionismo siano relativamente stabili nel tempo.

Ad oggi non sono stati rilevati in letteratura degli studi che si siano occupati di descrivere, confrontare e correlare i comportamenti alimentari delle figlie adolescenti e il profilo psicologico delle madri per una specifica diagnosi di disturbo alimentare, nello specifico per quanto concerne il BED, che risulta ancora poco studiato sotto questo aspetto.

Dal punto di vista delle implicazioni cliniche i risultati ottenuti sottolineano l'importanza di prendere in considerazione anche la figura della madre nel trattamento del disturbo alimentare. Essendo lei la principale figura di supporto per la figlia, può presentare a sua volta problematiche simili in relazione al cibo, all'immagine corporea e allo stato emotivo. Come per altre patologie croniche, il sostegno al caregiver può migliorare il trattamento e il

benessere del paziente; nel caso dei disturbi alimentari potrebbe essere un'occasione per migliorare in maniera diretta o indiretta la salute fisica e mentale della figlia.

In conclusione, si afferma che le associazioni tra madri e figli con disturbi alimentari si differenziano in base alla specifica diagnosi della figlia, evidenziando la complessità delle dinamiche familiari coinvolte.

CAPITOLO 4: Approcci terapeutici

Nel panorama clinico contemporaneo, il trattamento dei disturbi alimentari ha visto un'evoluzione significativa con lo sviluppo di diversi approcci terapeutici: questi hanno lo scopo di trovare evidenze che mirano a rispondere alla complessità e all'eterogeneità dei DCA. Questo capitolo si propone di esaminare le caratteristiche fondamentali della Terapia familiare strutturale (FBT) e della Terapia cognitivo-comportamentale (CBT), analizzandone i presupposti teorici, le modalità di applicazione e le evidenze empiriche a sostegno.

4.1 FBT- Terapia familiare strutturale

Negli ultimi decenni, la terapia familiare strutturale si è affermata come uno dei trattamenti più efficaci per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa in età adolescenziale (Lock & Le Grange, 2005; Loeb & Le Grange, 2009).

Viene sviluppata originariamente presso il Maudsley Hospital di Londra negli anni Settanta da un gruppo di ricercatori clinici guidato da due terapisti familiari, Christopher Dare e Ivan Eisler. Si distingue dagli approcci precedenti poiché si discosta dalla tendenza ad incolpare le dinamiche familiari, come nel modello della "famiglia psicosomatica" proposto da Minuchin (1974), e si fonda sull'idea che la famiglia non debba essere considerata responsabile dell'insorgenza del disturbo, ma possa invece essere una risorsa terapeutica centrale nel processo di cura (Loeb & Le Grange, 2009). Questa impostazione ha un orientamento significativamente pragmatico e centrato sull'intervento, prestando meno attenzione all'eziologia del disturbo.

Rienecke e Le Grange (2022) hanno contribuito alla formazione clinica definendo cinque linee guida fondamentali, tali principi non solo strutturano il trattamento, ma consentono un accesso alle cure terapeutiche coerente, efficace e sostenibile nella pratica ambulatoriale.

I cinque pilastri sono:

1. *Visione agnostica sull'eziologia del disturbo*

L'idea centrale è che il trattamento non si concentra sull'esplorazione delle cause della malattia che possono essere genetiche, culturali e familiari (Culbert et al., 2015), ma focalizza l'attenzione sui cambiamenti comportamentali precoci. L'assenza di attribuzione di colpa verso la famiglia permette l'alleanza terapeutica, attenuando il rimorso nei genitori e rafforzando la loro autoefficacia e permettendo un recupero graduale.

2. *Atteggiamento non autoritario del terapeuta*

Il terapeuta occupa la posizione di consulente esperto dei disturbi alimentari e i genitori sono visti come gli esperti dell'individuo e della famiglia. Il professionista ha un ruolo attivo e deve fornire cornici e educazioni per indirizzare i genitori verso strategie efficaci (es. nutri il tuo bambino) lasciandoli però operare in maniera autonoma. Questo metodo di approccio valorizza le risorse familiari e sostiene la leadership genitoriale, sebbene intervenga in modo più diretto in situazioni critiche o complesse (Minuchin et al., 1975).

3. *Potenziamento genitoriale*

L'empowerment genitoriale implica la creazione di fiducia nei genitori affinché adempiano al loro ruolo di agenti primari del cambiamento nel processo di recupero.

La fiducia dei genitori verso loro stessi è fondamentale in quanto, durante il percorso terapeutico, il figlio potrebbe non collaborare alla cura poiché non percepisce la figura genitoriale come affidabile. Fin falla prima fase del trattamento sono chiamati

a gestire pasti e restrizioni, centralizzando su di sé la responsabilità di recupero. Nelle ultime due fasi i genitori devono mantenere il controllo sui comportamenti alimentari perseverando una supervisione funzionale, mentre il bambino sviluppa indipendenza.

4. Esternalizzazione del disturbo alimentare

Il disturbo alimentare deve essere concettualizzato come entità separata dall'adolescente. Il compito del terapeuta è far capire al genitore che deve affrontare il disturbo e non il figlio. Questo meccanismo riduce il rischio di conflitto intrafamiliare, facilita un approccio empatico e cerca di far emergere la motivazione al cambiamento sia nei genitori che nell'individuo.

5. Approccio pragmatico al trattamento

La FBT si concentra su un intervento mirato e operativo del "qui e ora": il focus è il cambiamento comportamentale e il miglioramento dello stato nutrizionale. Un intervento precoce ed efficace è essenziale per ridurre al minimo qualsiasi danno a lungo termine che possa verificarsi e per impedire che il disturbo si radichi più in profondità nella personalità, nell'identità e nel modo di pensare dell'individuo (Chesney et al., 2014).

Nel corso degli anni, la terapia familiare strutturale è stata formalizzata in un manuale e validata attraverso numerosi studi controllati randomizzati (RCT), diventando un modello di riferimento per il trattamento ambulatoriale dei disturbi del comportamento alimentare nel periodo adolescenziale. Il protocollo standard è articolato in tre fasi distinte, ciascuna con obiettivi terapeutici specifici:

Fase I- Ripristino del peso e interruzione dei comportamenti disfunzionali

In questa fase iniziale, i genitori hanno il pieno controllo dell'alimentazione dell'adolescente, l'obiettivo principe è garantire un rapido recupero ponderale e una riduzione dei comportamenti disfunzionali. L'approccio si concentra sull'esternalizzazione del disturbo in modo da evitare colpevolizzazioni nei confronti del soggetto e promuovere l'alleanza terapeutica familiare (Rienecke, 2017).

Fase II- Ritorno graduale all'autonomia alimentare

Raggiunto un peso fisicamente sicuro e interrotte le condotte sintomatiche principali, viene progressivamente restituita all'adolescente l'autonomia nella gestione dell'alimentazione, con il sostegno continuo della famiglia.

Fase III- Riconnessione allo sviluppo adolescenziale

Nell'ultima fase, l'intervento si concentra sulla rielaborazione delle esperienze legate al disturbo, sulla prevenzione delle ricadute e sul sostegno alla normale traiettoria evolutiva dell'adolescente, coinvolgendo i fattori dello sviluppo dell'identità, relazioni sociali e autonomia personale.

Numerose evidenze empiriche affermano l'efficacia di questo trattamento. Diversi RCT hanno infatti dimostrato la superiorità rispetto ad altri trattamenti, come la psicoterapia individuale o l'ospedalizzazione, soprattutto per quanto riguarda il mantenimento dei risultati a lungo termine (Lock et al., 2010; Le Grange et al., 2007). La FBT risulta particolarmente idonea nei casi di esordio precoce del disturbo negli adolescenti, in particolar modo quando c'è una buona motivazione da parte dei familiari e un ambiente di supporto adeguato. Degno di nota è anche il ruolo del coinvolgimento diretto dei genitori favorisce il recupero del peso

corporeo e contribuisce a ridurre livelli di ansia e senso di colpa frequentemente associati al disturbo (Loeb et Le Grange, 2009).

Nel corso del tempo, la FBT è stata oggetto di diverse modifiche e adattamenti, con l'obbiettivo di estendere l'applicabilità ad una più ampia gamma di quadri clinici. Sono stati sviluppati modelli specifici per il trattamento della bulimia nervosa, la quale si discosta dall'anoressia per caratteristiche comportamentali e dinamiche familiari. Attualmente, sono in corso sperimentazioni per l'applicazione della FBT a giovani adulti, a bambini in età prepuberale, e addirittura, e in contesti di prevenzione precoce, al fine di intervenire nelle fasi prodromiche del disturbo (Rienecke, 2017). Una variante che si è dimostrata particolarmente promettente è rappresentata dalla FBT multifamiliare: prevede il coinvolgimento simultaneo di più nuclei familiari in un setting terapeutico condiviso, con lo scopo di incrementare il sostegno reciproco e favorire l'apprendimento tra pari.

Tuttavia, emergono anche dei punti critici e delle aree di ricerca aperte. Infatti, non tutte le famiglie rispondo con le stesse modalità alla FBT: la presenza di conflitti familiari irrisolti, la scarsa coesione, la depressione genitoriale o la mancanza di risorse logistiche possono essere dei fattori ostacolanti per l'efficacia del trattamento. Inoltre, i caregiver devono avere un coinvolgimento attivo e costante; questo può risultare complesso soprattutto per le famiglie con vincoli di tempo o con genitori single. Appare dunque necessario un ulteriore sforzo per sviluppare strategie di adattamento e personalizzazione, in modo da garantire maggiore flessibilità al modello e ampliarne l'accessibilità (Loeb et Le Grange, 2009; Rienecke, 2017).

In conclusione, la terapia familiare strutturata si configura, ad oggi, come il trattamento di riferimento per i disturbi alimentari in età adolescenziale. La sua efficacia è documentata da un'ampia letteratura scientifica e la sua struttura operativa consente un'applicazione relativamente uniforme nella pratica clinica. L'ampliamento progressivo delle sue applicazioni

e l'attenzione crescente alla personalizzazione del trattamento confermano la sua posizione centrale nel panorama terapeutico attuale. Rimane però fondamentale integrare la FBT con le evidenze cliniche più recenti, promuovere l'accesso equo ai servizi e sostenere continuamente le famiglie nel lungo e complesso percorso di cura.

4.2 CBT- Terapia cognitivo comportamentale

Un altro approccio che negli ultimi decenni ha assunto un ruolo sempre più centrale nel trattamento dei disturbi alimentari è la CBT, ovvero la terapia cognitivo-comportamentale. Dai numerosi studi effettuati emerge l'efficacia dell'approccio nell'intervento sulla bulimia nervosa e nel disturbo binge eating, sia per quanto concerne i sintomi comportamentali sia nel cambiamento delle convinzioni cognitive disfunzionali sottostanti.

Secondo Fairburn, la CBT rappresenta "il trattamento più efficace per la bulimia nervosa" (Terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica per i disturbi alimentari "CBT-E", 2009, p.511), con dei risultati clinici significativi e mantenuti nel tempo. Il fine ultimo di questo approccio è interrompere il ciclo della restrizione, delle abbuffate e dei comportamenti compensatori, agendo al contempo sulle valutazioni disfunzionali legate al peso, alla forma corporea e al controllo dell'alimentazione. Il modello originario è stato modificato e ampliato con il passare degli anni, arrivando alla forma potenziata: CBT-E (Enhanced). È stata sviluppata per intervenire anche su fattori psicopatologici di mantenimento, come il perfezionismo clinico, la bassa autostima, la disregolazione emotiva e le difficoltà interpersonali.

Precedentemente all'avvio del trattamento deve essere effettuata una valutazione clinica strutturata, generalmente sviluppata in due o più incontri. Questa impostazione ha due principali funzioni: permettere di delineare la natura e l'entità del disturbo, e coinvolgere il paziente nel processo terapeutico, promuovendo un atteggiamento motivato e collaborativo. Il percorso della CBT-E si articola in 4 fasi distinte:

Fase I- Avvio del trattamento

È la fase inziale intensiva che ha il fine di creare le basi del cambiamento e dare uno slancio terapeutico inziale. Gli obiettivi sono: coinvolgimento del paziente nel trattamento, creazione congiunta della formulazione, stabilire l'automonitoraggio in tempo reale, stabilire una pesatura settimanale collaborativa, fornire un'educazione psicoeducativa e stabilire un'alimentazione regolare. Nonostante questo tipo di trattamento sia concepito come cura percorso di cura individuale, può risultare utile il coinvolgimento di persone significative.

Fase II- Transizione

Rappresenta una fase di transizione breve ma fondamentale del trattamento; il terapeuta e il paziente conducono una revisione congiunta dei progressi, con il fine di individuare i problemi ancora presenti e gli eventuali ostacoli che non permettono il cambiamento, rivalutare la formulazione del caso e pianificare la fase successiva. La revisione ha funzione di rinforzo positivo dei comportamenti adattivi nel caso in cui il progresso risulta soddisfacente; se i risultati non sono soddisfacenti si indagano le cause.

Fase III- Processi di mantenimento

È il nucleo centrale del trattamento, il suo scopo è affrontare i processi psicopatologici che mantengono il DCA. Gli interventi sui processi hanno ordine e priorità definiti sulla base del ruolo e dell'importanza nel mantenimento della psicopatologia. Il terapeuta insieme al paziente deve affrontare: la sopravvalutazione della forma e del peso, le regole dietetiche, i cambiamenti alimentari correlati agli eventi, il perfezionismo clinico, la bassa autostima e i problemi interpersonali.

Fase IV- Conclusione positiva del trattamento

L'obiettivo è mantenere i progressi raggiunti e diminuire il rischio di ricaduta. Il terapeuta e il paziente elaborano un piano personalizzato, fino ad arrivare ad un appuntamento di controllo post-strutturale. Per minimizzare il rischio di recidiva i pazienti devono avere delle aspettative realistiche sul futuro; quindi, essere consapevoli che si possano avere ancora delle difficoltà alimentari; e affrontare attivamente, con le strategie apprese durante il trattamento, le "cadute".

La CBT-E si declina in due principali varianti: una forma focalizzata (CBT-Ef), che interviene in maniera specifica sulla psicopatologia del disturbo alimentare, e una forma estesa (CBT-Eb), che include moduli aggiuntivi per affrontare fattori transdiagnostici. Da uno studio multicentrico condotto da Fairburn et al. (2009), entrambe le versioni della CBT-E si sono rivelate significativamente efficaci su un ampio spettro di pazienti con disturbi dell'alimentazione, inclusi quelli con diagnosi atipiche (ED-NOS), che rappresentano una porzione rilevante della casistica clinica. Come evidenzia Fairburn, "la maggior parte dei pazienti visti nella pratica clinica presenta un disturbo alimentare che non soddisfa i criteri per anoressia nervosa o bulimia nervosa" (Terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica per i disturbi alimentari "CBT-E", 2009, p.513). Dunque, la CBT-E si configura come un trattamento transdiagnostico, capace di adattarsi alla complessità e all'eterogeneità sintomatologica di tali disturbi.

Nonostante la CBT si sia mostrata efficace anche nell'intervento sul disturbo da binge eating, vi sono problematiche legate all'anoressia. Come scriver Fairburn (2009), i dati relativi all'efficacia nei pazienti adulti con anoressia nervosa sono meno solidi; nonostante ciò, evidenzia la potenziale utilità della CBT-E in fasi specifiche del trattamento, come la prevenzione delle ricadute o l'intervento post-ricovero. Le caratteristiche di flessibilità e

adattabilità dell'approccio potenziato permettono di affrontare con maggiore efficacia la rigidità cognitiva e l'alto controllo che caratterizzano il funzionamento anoressico.

Un ulteriore fattore di supporto in merito all'efficacia della CBT nel trattamento della bulimia nervosa emerge da uno studio multicentrico condotto da Agras et al. (2000). Dai risultati emerge che, nonostante le variabili come la gravità dei sintomi iniziali, l'età e la durata del disturbo possano incidere sull'outcome, esse non sono sufficienti per stabilire in anticipo l'adeguatezza della CBT per ogni paziente. Gli autori concludono sostenendo che "la maggior parte dei predittori identificati ha un valore clinico limitato nel determinare l'indicazione terapeutica" (Agras et al., 2000, p.1306), precisando così la necessità di un approccio terapeutico flessibile e adattabile alle caratteristiche individuali.

Per concludere, nel complesso le evidenze empiriche accumulate negli ultimi anni sostengono con forza l'utilizzo della CBT-E come trattamento di prima scelta per la BN e la BED, mentre ne indica un potenziale promettente, sebbene sia ancora da consolidare, per l'AN e i disturbi atipici. Il suo impianto transdiagnostico, la struttura modulare e l'attenzione ai fattori di mantenimento non specifici, la rendono una proposta terapeutica attuale e coerente con le esigenze della pratica clinica contemporanea.

Conclusioni

Questo elaborato mette in luce l'influenza esercitata dalla figura materna sull'insorgenza del disturbo alimentare nella figlia.

Come si osserva nel primo capitolo, i Disturbi dell'Alimentazione si caratterizzano per la loro complessità e multifattorialità, interrelandosi profondamente con molteplici dimensioni della vita individuale. Questa eterogeneità rende complicata l'elaborazione di un protocollo terapeutico standardizzato e universalmente applicabile.

Risulta evidente il ruolo centrale dello stile genitoriale nello sviluppo emotivo e comportamentale del figlio: lo stile autorevole rappresenta un fattore protettivo rispetto allo sviluppo di abitudini alimentari disfunzionali. Al contrario, gli stili permissivo, autoritario e disimpegnato sono stati associati a una maggiore vulnerabilità psicologica, con possibili ricadute sul comportamento alimentare, come abbuffate o rigide restrizioni dietetiche. Il tipo di attaccamento sviluppato durante l'infanzia rappresenta un altro fattore determinante nel modulare il rischio o la protezione rispetto allo sviluppo di disturbi alimentari.

Un ulteriore aspetto di rilievo riguarda il modellamento dei comportamenti alimentari da parte dei genitori, in particolare delle madri, le quali incidono in modo diretto sulla costruzione del rapporto dei figli con il cibo. Tale influenza si esercita attraverso pratiche educative, atteggiamenti corporei e condotte alimentari esplicite o implicite.

I DCA sono condizioni complesse, influenzate da fattori individuali, socioculturali e familiari. L'attenzione materna al peso, i commenti negativi sul corpo e le pratiche di controllo alimentare possono contribuire all'abbassamento dell'autostima e alla comparsa di condotte restrittive. Dalle ricerche empiriche risultano allarmanti i dati che mostrano come già in età scolare molte bambine inizino a seguire diete per conformarsi a modelli ideali promossi dalla società e dai media. Durante la fase adolescenziale le influenze esterne e interne si amplificano,

l'impatto dei commenti materni sul corpo e sull'alimentazione rimane determinante e più incisivo nei confronti delle figlie. Contemporaneamente il gruppo dei pari e i social media favoriscono il confronto e l'interiorizzazione di standard estetici irraggiungibili.

I risultati dello studio (Elfhag, 2005) mettono in evidenza l'esistenza di differenze di genere significative nella trasmissione intergenerazionale della psicopatologia alimentare tra madri e figli adolescenti. I dati raccolti suggeriscono che le figlie tendono ad avere un'associazione più forte con i comportamenti alimentari disfunzionali delle madri, dall'altra parte i figli sono meno influenzati da questi aspetti. Le differenze emerse evidenziano la necessità di considerare il genere come una variabile fondamentale nell'analisi dei meccanismi di trasmissione familiare dei disturbi alimentari. Inoltre, è importante approfondire il contributo di altri elementi familiari, come il ruolo del padre e le dinamiche relazionali complessive, per comprendere le vie di trasmissione del rischio psicopatologico legato all'alimentazione.

Il secondo studio (Vázquez-Velázquez et al., 2017) mette in risalto l'esistenza di determinate associazioni tra i comportamenti alimentari e i profili psicologici di madri e figlie con diversi DCA. Nello specifico, le madri di ragazze con anoressia nervosa tendono a mostrare caratteristiche di perfezionismo, controllo e rigidità emotiva, mentre quelle con bulimia nervosa hanno livelli più elevati di psicopatologia generale, come ansia, depressione e tendenza alla disregolazione emotiva. Questi risultati indicano che le dinamiche familiari, nel dettaglio le caratteristiche psicologiche delle madri, potrebbero contribuire in modo decisivo all'insorgenza e alla persistenza dei disturbi alimentari nelle figlie. Le similitudini riscontrate nei profili psicologici e nei modelli comportamentali tra madri e figlie indicano la possibilità di meccanismi di trasmissione intergenerazionale, mediati sia da pratiche educative e relazionali, sia da influenze di natura cognitiva ed emotiva.

Appare quindi fondamentale includere un'attenzione clinica alla dimensione familiare, e in particolare alla figura materna, nei percorsi terapeutici dei disturbi alimentari. La Terapia familiare strutturata (FBT) mette in evidenza il cambiamento di ruolo della famiglia all'interno dell'intervento terapeutico, da potenziale fattore causale diventa parte attiva e centrale del processo. Avviene un distacco da un approccio colpevolizzante, si adotta una visione agnostica sull'eziologia e si attua una valorizzazione delle risorse genitoriali: questi sono gli elementi chiave per costruire un'alleanza terapeutica solida e favorire il recupero. La strutturazione in fasi permette di intervenire in maniera tempestiva sui comportamenti disfunzionali, promuovendo il ripristino del peso e lo sviluppo di autonomia nell'adolescente. La sua efficacia è supportata da concrete evidenze empiriche e risulta particolarmente adeguata in casi di esordio precoce, con famiglie collaboranti. Tuttavia, persistono alcune criticità riguardo la variabilità delle risorse familiari, che richiedono adattamenti del modello per migliorarne l'accessibilità.

Altro metodo di trattamento analizzato è la Terapia cognitivo comportamentale (CBT), in particolare nella sua forma potenziata CBT-E, si è affermato come intervento efficace per la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata, in quanto riduce i sintomi comportamentali e modifica le convinzioni disfunzionali. La sua strutturazione in fasi associata ai fattori di mantenimento transdiagnostici e alla possibilità di adattamento individuale garantisce un approccio terapeutico solido, flessibile e centrato sul paziente.

Sebbene ci siano meno documentazioni riguardo l'efficacia per l'anoressia nervosa, la CBT-E dimostra potenziale in contesti di prevenzione delle ricadute o nel trattamento post-ricovero. Nel complesso risponde in maniera valida alla complessità e all'eterogeneità dei disturbi alimentari, configurandosi come uno strumento di intervento di riferimento nella pratica clinica contemporanea.

In conclusione, sembra risultare particolarmente rilevante l'influenza della madre nella manifestazione sintomatologica dei disturbi alimentari della figlia. È importante sottolineare anche l'influenza di fattori esterni, come i social media e il gruppo dei pari che hanno un ruolo centrale nello sviluppo di queste psicopatologie. Alla luce di ciò, risulta fondamentale, in concomitanza della terapia individuale, includere la componente genitoriale. Essendo un disturbo sviluppato più frequentemente durante l'età adolescenziale, risulta quindi necessaria la partecipazione attiva dei caregiver per un trattamento valido.

Bibliografia

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). Outcome Predictors for the Cognitive Behavior Treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1302–1308. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1302

Alice, C. H., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite, 47*(2), 205–211. https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.03.001

Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(21), 4177. https://doi.org/10.3390/ijerph16214177

Association, N. A. P. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed., text rev.; DSM-5-TR).

Balantekin, K. N., Savage, J. S., Marini, M. E., & Birch, L. L. (2014). Parental encouragement of dieting promotes daughters' early dieting. *Appetite, 80*, 190–196. https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.05.014

Dahill, L. M., Morrison, N. M. V., Mannan, H., Mitchison, D., Touyz, S., Bussey, K., Trompeter, N., & Hay, P. (2022). Exploring associations between positive and negative valanced parental comments about adolescents' bodies and eating and eating problems: a community study. *Journal of Eating Disorders, 10*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-022-00685-8

Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 56*(1), 5–25. https://doi.org/10.1002/eat.23884

Elfhag, K., & Linné, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research, 13*, 1070–1076. https://doi.org/10.1038/oby.2005.125

Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behavioral Sciences, 10*(4), 71. https://doi.org/10.3390/bs10040071

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., & Palmer, R. L. (2008). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Eating Disorders: A Two-Site Trial with 60-Week Follow-Up. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 311–319. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608

Favaro, A., Busetto, P., Collantoni, E., & Santonastaso, P. (2019). The age of onset of eating disorders. In *Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications* (pp. 203–216). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22283-0_13

Garano, A., Tondo, G., & Sassaroli, S. (2016). La trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari: il ruolo della relazione madre-figlia. *Cognitivismo Clinico, 13*(2), 105–121. https://doi.org/10.57696/2280-4505-022

Hampshire, C., Mahoney, B., & Davis, S. K. (2022). Parenting styles and disordered eating among youths: A rapid scoping review. *Frontiers in Psychology, 12*, 802567. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.802567

Hillard, E. E., Gondoli, D. M., Corning, A. F., & Morrissey, R. A. (2015). 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. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.10.001

Hogan, M. J., & Strasburger, V. C. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 19*(3), 521–546.

Lingiardi, V. (2024). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*.

Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*(S1), S64–S67. https://doi.org/10.1002/eat.20119

Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions.

Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 611–627. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004

Of, G. M. R. C. a. T. U. (2021). An exploration of the impact of family relational dynamics and structure on the development and magnitude of disordered eating.

Pickard, A., Farrow, C., Haycraft, E., Herle, M., Edwards, K., Llewellyn, C., Croker, H., & Blissett, J. (2024). Associations between parent and child latent eating profiles and the role of parental feeding practices. *Appetite, 201*, 107589. https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107589

Prescott, M. E., & Poire, B. A. L. (2002). Eating disorders and mother-daughter communication: A test of inconsistent nurturing as control theory. *Journal of Family Communication, 2*(2), 59–78. https://doi.org/10.1207/S15327698JFC0202_01

Ramsewak, S., Moty, N., Putteeraj, M., Somanah, J., & Nirmala, L. (2022). Parenting style and its effect on eating disorders and substance abuse across the young population. *Discover Psychology, 2*(1). https://doi.org/10.1007/s44202-022-00019-3

Rienecke, R. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 8*, 69–79. https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775

Rienecke, R. D., & Le Grange, D. (2022). The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 10*(1). https://doi.org/10.1186/s40337-022-00592-y

Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & Chabrol, H. (2009). Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body Image, 6*(3), 171–177. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.04.004

Vázquez-Velázquez, V., Kaufer-Horwitz, M., Méndez, J. P., García-García, E., & Reidl-Martínez, L. M. (2017). Eating behavior and psychological profile: Associations between daughters with distinct eating disorders and their mothers. *BMC Women's Health, 17*(1). https://doi.org/10.1186/s12905-017-0422-3

Whynacht, S. S. (2024). How mothers influence their daughters' body image. *Body Image and Stigma (BIAS). Psychology Today.* https://www.psychologytoday.com/intl/blog/body-image-and-stigma-bias/202401/how-mothers-influence-their-daughters-body-image