

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche
XXIV Ciclo

**COPPIE GENITORIALI E ADOLESCENTI ANORESSICHE:
STUDIO DELLE DINAMICHE INTRAPSICHICHE E
INTRAFAMILIARI**

Tutore : Chiar.ma Professoressa Francesca NERI

Coordinatore : Chiar.mo Professore Guido CVALETTI

Tesi di Dottorato di:
Stefania Melissa GADDA
Matricola n. 028665

Anno Accademico 2010-2011

A mio Marito

INDICE

1.	Introduzione	4
1.1.	Premesse e Rilevanza studio	4
1.2.	Epidemiologia dell'Anoressia	7
1.3.	Aspetti psicopatologici e psicodinamici dell'Anoressia	11
1.4.	La ricerca sui legami parentali e Anoressia	19
1.5.	Psicoanalisi e Ricerca:Diagnosi e Terapia della coppia	27
2.	Scopo del lavoro	32
3.	Materiali e metodi	34
3.1.	Campione	34
3.2.	Strumenti di valutazione	36
3.3.	Procedura	41
3.4.	Analisi statistica	44
3.5.	Considerazioni sulle differenze tra test e colloqui	46
4.	Risultati	48
4.1.	Descrizione del campione	48
4.2.	Risultati del campione	52
4.2.1	Risultati EDI-III e CDI	52
4.2.2	Risultati BDI	54
4.2.2.1	Analisi del gruppo delle figlie e confronto con il gruppo dei genitori	56
4.2.3	Risultati DAS	57
4.2.3.1	Confronto tra punteggi dei genitori alla DAS e punteggi delle pazienti alle scale dell'EDI-III	59
4.2.4	Risultati FACES	61
4.2.4.1	Analisi del gruppo genitori delle pazienti e confronto con i genitori del gruppo controllo	63

4.2.5 Risultati BFQ-II	65
4.2.6 Regressione logistica univariata e multivariata	66
4.3. Analisi dei colloqui	68
5. Discussione e Conclusioni	74
5.1. Riflessioni critiche e prospettive future dello studio	80
6. Bibliografia	81
7. Riassunto	87

1. INTRODUZIONE

1.1 Premesse e Rilevanza dello studio

Nei paesi industrializzati si sta verificando negli ultimi anni un rapido incremento della prevalenza dei disturbi alimentari che riguarda sia l'età adulta, che l'età infantile. L'aumentata frequenza dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) e l'abbassamento dell'età d'esordio sembrano però essere legati anche ad una variazione delle caratteristiche e del significato del fenomeno adolescenziale nella cultura attuale del mondo occidentale.

In particolare l'anoressia appare essere un fenomeno piuttosto complesso: da una parte infatti la descrizione clinica presenta in maniera caratteristica aspetti di uniformità e serialità fenomenica, dall'altra il diffondersi del fenomeno sembra aver assunto complessità e variabilità sintomatica tali che persino le nosografie psichiatriche ufficiali ne hanno modificato diverse volte i criteri negli ultimi 20 anni. L'aumento evidente di questa patologia nelle società occidentali, per la probabile influenza di fattori storici, sociali e culturali nella "scelta del sintomo", è stato caratterizzato infatti da una rapida metamorfosi delle forme cliniche e della fascia di età interessata: infatti nonostante l'età adolescenziale si consideri da sempre a rischio, il fenomeno si è esteso anche alle età precedenti lo sviluppo puberale e a quelle successive all'adolescenza.

I disturbi alimentari in adolescenza comprendono attualmente due principali quadri nosografici, l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa; il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder BED), assente nella classificazione ICD-10, rappresenta una proposta sub iudice nel DSM-IV. Esiste inoltre il vasto e poco definito campo dei disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (EDNOS, eating disorders not otherwise specified) o subliminali (subthreshold eating disorders) ossia quei quadri clinici che includono alcuni ma non tutti i sintomi richiesti per la diagnosi di anoressia e bulimia.

In età prepuberale, secondo i criteri del DSMIV, i disturbi alimentari sono inclusi per lo più in modo indifferenziato nella categoria dei disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (sindromi parziali). Due ricercatori inglesi, Lask e Bryant-Waugh hanno proposto fin dal 1995 una classificazione per l'età evolutiva (Great Ormond Street Criteria, GOS) specifica per soggetti di età inferiore ai 14 anni, comprendente sei quadri clinici con peculiarità sintomatologiche e diversa gravità clinica e prognostica.

Partendo da letteratura di studi sulle condotte alimentari in adolescenza si evince che il focus è orientato sugli elementi manifesti della problematica e poco spazio è riservato all'aspetto relazionale. Finora la genesi del disturbo si è focalizzata sul fallimento della relazione madre-bambino con conseguente compromissione dello sviluppo di coesione del sé e della capacità di discriminare i propri stati interni.

Il nostro approccio pone l'attenzione all'intreccio e fitto complesso fattore psicopatologico esistente tra la coppia genitoriale e lo sviluppo del DCA di tipo anoressico. Incomprensioni, fratture e tensioni coniugali se non elaborate possono prendere espressione nei figli che diventano portatori del sintomo e l'espressione della malattia potrebbe costituire un meccanismo attraverso cui vengono rimosse le difficili dinamiche della coppia genitoriale.

Si è pensato di interrogarsi perché proprio nella preadolescenza e adolescenza si sviluppi questo disturbo e non altre fasi evolutive. La preadolescenza è la fase nella quale l'individuo comincia a subire le modifiche somatiche e psicologiche e a perdere le caratteristiche dell'infanzia e dell'età di latenza; nell'adolescenza invece le fondamentali trasformazioni sono già avvenute. In questo periodo la sessualità ha raggiunto la forma allo erotica, il pensiero ha maturato le forme logiche, l'egocentrismo infantile è stato superato. Queste nuove strutture sono però appena abbozzate e hanno bisogno di essere consolidate. Si suppone che i cambiamenti somatici e psicologici del soggetto, in questa fase, contribuiscano a rendere il soggetto vulnerabile e a rischio di eventuali difficoltà di crescita fino a questo momento silenti.

Quindi mentre la maturazione sessuale a livello fisico è sufficientemente raggiunta, i riflessi di essa sul piano emotivo trovano una situazione psicologica del tutto impreparata.

Attraverso una revisione accurata della letteratura psichiatrica e psicologica sui disturbi alimentari appare esserci una maggior prevalenza di studi clinici puramente sintomatici o epidemiologici rispetto a quelli relativi alla psicopatologia di orientamento dinamico. Si osserva inoltre un importante divario tra le ricerche e i lavori teorico-clinici che sembrano appartenere ad aree di interesse talmente distanti da procedere ognuna parallelamente e senza mutue influenze.

Nel contesto dell'importanza generale che a nostro parere riveste la comprensione dei meccanismi psicopatologici intrapsichici nell'anoressia e le implicazioni cliniche connesse, riteniamo che non abbia sino ad ora ricevuto sufficiente attenzione "l'intreccio" che questa patologia ha con la coppia genitoriale e all'influenza che particolari dinamiche di coppia svolgono nell'eziopatogenesi di tali disturbi.

1.2 Epidemiologia dell'Anoressia

A partire dagli anni '70 i disturbi del comportamento alimentare con caratteristiche restrittive e/o eliminatorie, come l'anoressia nervosa, hanno ricevuto un significativo incremento di interesse clinico e scientifico, che si è tradotto nella pubblicazione di numerosi studi in diverse aree, dall'epidemiologia, all'eziopatogenesi sino alla prognosi.

Le ricerche epidemiologiche si sono rese necessarie al fine di ottenere informazioni relativi ai tassi di prevalenza e alla loro variazione nelle diverse popolazioni e ad identificare i fattori di rischio che aumentano la probabilità che si sviluppi un disturbo. L'importanza di considerare questi studi per una patologia come l'Anoressia sta nella possibilità di comprendere che esiste uno spettro molto ampio di disturbi alimentari che si collocano su un continuum di gravità e che pur presentando caratteristiche comuni sottendono significati psicopatologici specifici che vanno indagati nell'ambito dello sviluppo psichico individuale.

I dati di prevalenza ed incidenza dell'Anoressia nervosa sono ancora controversi e presentano un'ampia variabilità.

Numerosi sono gli studi che hanno mostrato chiaramente gli elevati tassi di prevalenza dell'anoressia nella maggior parte dei paesi occidentali, nonché la presenza soprattutto fra gli adolescenti di fattori aspecifici che possono considerarsi predisponenti allo sviluppo di questi disturbi, come il desiderio di dimagrire, l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo e la propria immagine, il frequente ricorso a diete, il valore estetico della magrezza, ecc. Le preoccupazioni relative all'alimentazione e al corpo sembrano essere presenti fin dall'infanzia in una elevata percentuale di casi (G.Vetrone e M.Cuzzolaro,1996).

Gli studi in letteratura degli anni '70 negli Stati Uniti e in Europa rilevano una prevalenza dello 0.5-0.6% per l'anoressia nella popolazione a rischio. Questa percentuale aumentano in maniera considerevole (dal 6% al 22%) se si tiene in considerazione anche i comportamenti alimentari indicatori di rischio. In uno studio condotto nel cantone industrializzato di Zurigo, Willi et al.(1990) hanno riscontrato che negli anni Ottanta i valori di incidenza erano leggermente più elevati di quelli registrati nel decennio

precedente. Negli anni 1983-1985 vi è un aumento di forme bulimiche (vomito e abuso di lassativi) rispetto alle forme restrittive, come in seguito confermato da altre ricerche. Willi e Grossmann hanno confermato un reale aumento dell'incidenza della patologia: hanno condotto uno studio nel cantone industrializzato di Zurigo in Svizzera nel periodo compreso tra il 1956 il 1975 riscontrando un aumento significativo dell'incidenza di Anoressia nervosa, passando da valori di 0.38/100000 abitanti tra il 1956-1958 a 0.55/100000 per gli anni 1963-1965 a 1.12 per gli anni 1973-1975.

Gli studi di prevalenza degli anni '90 hanno evidenziato un tasso variabile dallo 0,1 % allo 0,2%, rilevati rispettivamente in una popolazione di 5705 studentesse australiane e in una popolazione di 5596 studenti e studentesse delle scuole superiori (Whitaker et al. 1990), con una prevalenza media fra le giovani donne dello 0,27% (Hoek 2006).

Nel 1998 Pawluck sulla base dell'analisi complessiva di 12 studi ha stimato un'incidenza media nella popolazione generale di 19/100.000 all'anno nelle donne e di 2/100.000 all'anno per gli uomini. I valori più alti si riscontravano nelle giovani adolescenti (13-19 anni), con 50,8 casi ogni 100.000 anno.

Lucas et al nel 1991 hanno condotto uno studio di popolazione della durata di 50 anni (dal 1935 al 1984) a Rochester nel Minnesota, in cui hanno evidenziato un rilevante aumento di incidenza dei casi di anoressia nelle femmine di età compresa tra i 15 e i 24 anni con un tasso di incidenza del 26,3/100000 negli anni dal 1980 al 1984.

Nel 1998 Pawluck e Grey hanno pubblicato una review integrativa dei dati epidemiologici di dodici studi, prevalentemente americani e olandesi, condotti negli anni tra il 1950 e il 1992 su una popolazione composta per l'80% da donne con un'età media di 21 anni. L'obiettivo di questo studio era di verificare l'effettiva presenza di un aumento dell'incidenza delle patologie del comportamento alimentare. I risultati hanno evidenziato un'incidenza dell'Anoressia di 18.46 per 100000 per anno per le femmine contro 2.25 per 100000 per anno per i maschi. Inoltre si può notare come le ragazze di età minore ai 20 anni hanno un tasso di incidenza 5 volte superiore a quello di una donna di più di 20 anni (50,82 per 100000 per

anno contro 10,37 per 100000) dimostrando ancora una volta come l'età adolescenziale sia quella più a rischio.

Contrariamente a quanto detto prima però in questo studio non si evidenzia un aumento dell'incidenza dei disturbi alimentari fra le ragazze adolescenti: l'incremento del 10% stimato quaranta anni prima si mantiene costante anche nel periodo in esame; si può osservare invece un aumento dell'incidenza nelle donne più mature (da 6,28/100000 per anno tra il 1950 e il 1964 a 17,70/100000 per anno fra il 1980 e 1992).

Lewinsohn (dell'Oregon Research Institute) riporta, nel 2000, una incidenza di circa 2,8% a 18 anni e dell'1,3% tra i 19 e i 23 anni; con una comorbilità psicopatologica molto elevata (89,5%), specialmente per la depressione. Uno studio Tedesco del 2002 (Schulze) riporta una prevalenza nelle giovani donne dello 0,5-1% e segnala che il 5% delle pazienti anoressiche avrebbe meno di 12 anni di età. Un lavoro di review pubblicato sull' American Journal Of Psychiatry (Steinhausen, 2002) rianalizza la prognosi della anoressia nervosa chiedendosi se questa sia cambiata nella seconda metà del 20° secolo. Su un totale di 119 studi pubblicati che comprendono complessivamente 5590 pazienti risulterebbe che circa 1/3 dei pazienti andrebbero incontro ad un miglioramento, mentre circa il 20% rimarrebbe cronicamente malato.

In Italia due studi condotti su campioni di studentesse adolescenti hanno rilevato nel 1993 e nel 1998 una prevalenza di anoressia nervosa rispettivamente dello 0,2% e dell'1,3%. (Rathner 1993; Cotrufo, 1998). Uno studio epidemiologico italiano più attuale (Favaro 2003) indica una presenza di anoressia nervosa tra i 18 e i 25 anni del 2% e di Disturbo alimentare atipico del 4,7% del campione. Inizialmente si credeva che l'anoressia nervosa si manifestasse solo nelle società a livello socioeconomico più avanzato, maggiormente esposte allo standard di bellezza occidentale. Alcuni lavori attuali hanno identificato una incidenza simile della patologia in zone a basso livello socioeconomico come aree rurali e comunità asiatiche (Feithlich B, 2000). Sono scarse le informazioni relative a prevalenza o incidenza della malattia in America meridionale e Africa.

Nella letteratura studi più recenti affermano che l'incidenza dell'anoressia è andata progressivamente aumentando fino ad assumere la portata di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti (dati del Ministero della Salute, 2007), rappresentando attualmente un importante problema socio-sanitario. Le statistiche Istat riferiscono che su una popolazione di 4.600.000 giovani donne italiane fra i 12 e i 25 anni, e stimano 138.000 casi di anoressia. Gli studi epidemiologici segnalano una prevalenza di tali disturbi nel sesso femminile (1/20 rispetto ai maschi) e l'esordio in seconda adolescenza, anche se da più centri viene riferito un aumento dei casi nei soggetti di sesso maschile e un abbassamento dell'età d'insorgenza alla prima adolescenza ed età prepubere (Hoek 2006). L'approccio evolutivo viene utilizzato soltanto in pochi studi, con conseguenti lacune di informazioni sullo sviluppo di tali disturbi, i fattori di rischio e i fattori implicati nella patogenesi. Se da un lato appaiono ben documentati gli studi epidemiologici di prevalenza e incidenza e gli studi di follow-up relativi agli outcome a lungo termine dell'AN, risultano scarse ricerche sulla continuità e la discontinuità dei disturbi alimentari durante tutto l'arco della vita (Steiner e Lock, 1998).

1.3 Aspetti psicopatologici e psicodinamici dell'Anoressia

Evidenze empiriche, derivanti da studi ad orientamento psicodinamico presenti in letteratura, suggeriscono come i disturbi alimentari siano associati a problemi caratteriali che conducono a distorsioni delle relazioni oggettuali precoci, ossia ad un arresto dello sviluppo psicologico del bambino in fasi precoci di utilizzo dell'oggetto transizionale, a scapito della capacità di usare l'oggetto nel mondo esterno (Schwartz 1986, Sours 1980, Humphrey 1986).

I complessi e dinamici processi di sviluppo dell'individuo e le sue possibili distorsioni, in particolare l'adolescenza, periodo in cui tipicamente insorgono i disturbi alimentari sono utili a comprendere la psicopatologia dell'Anoressia da un punto di vista psicodinamico.

La comparsa in adolescenza di un disturbo alimentare mette in rilievo come l'individuo si sia trovato a fronteggiare i processi e i cambiamenti propri di questa fase di sviluppo senza disporre degli strumenti psichici adeguati. Come emerso in occasione del Simposio di Gottingen del 1965, diversi studiosi si sono trovati concordi nel riconoscere l'anoressia mentale come espressione di una incapacità di assumere il ruolo sessuale genitale, compito evolutivo che richiede l'integrazione delle trasformazioni, caratteristiche del processo puberale. La patologia appare quindi come difesa contro le trasformazioni corporee della pubertà e la rinnovata emergenza delle pulsioni sessuali. I bisogni del corpo vengono attivamente negati. Le anoressiche vanno così incontro a una grave regressione orale. Il cibo diviene il centro di ogni interesse cosciente. Diversi autori sostengono che le relazioni con il cibo delle pazienti anoressiche, traducano ed esprimano la relazione con la madre (Kestenberg e Decobert 1972).

La letteratura evidenzia una qualità indifferenziata della relazione madre-figlia, che impedisce una chiara differenziazione tra i bisogni e i desideri propri e quelli della madre e di un'immagine del corpo in via di trasformazione sentito in maniera confusiva come appartenente alla madre, e vissuto come persecutore, inaccettabile perché rappresenta sia l'oggetto materno buono, la cui conservazione è vitale per il Sé, sia

l'oggetto "cattivo", la cui conservazione è mortale (Bruch,1982). Molti lavori collocano la genesi del disturbo anoressico in un fallimento della relazione precoce madre- bambino che ostacola il costituirsi di un oggetto interno materno sufficientemente stabile e "buono", capace di contrastare le angosce persecutorie legate agli impulsi distruttivi diretti contro l'oggetto d'amore. Ciò compromette la capacità di discriminare i propri stati interni, lo sviluppo di un senso di coesione di Sé e di fiducia nel mondo esterno, percepito come inaffidabile e fondamentalmente ostile. Winnicott (1936) in *Appetito e disturbo emozionale* colloca l'anoressia tra i disturbi psico-somatici; nell'organizzazione dell'Io del paziente coesistono scissioni e dissociazioni multiple, e la "vera malattia" consiste nella dissociazione che mantiene separati gli aspetti psichici da quelli somatici, dalla quale deriva l'impossibilità del godimento dell'esperienza. Il cibo per il neonato rappresenta un primo tramite di relazione : "Uno dei bisogni primari del bambino non è il cibo in sé ma l'essere nutrito da qualcuno che ama farlo". Carenze nelle cure precoci possono portare ad una distorsione del processo di insediamento della psiche nel corpo. All'avidità di cibo insostenibile e al corrispettivo disperato bisogno di ricongiungersi con la madre, viene contrapposta la negazione di tali desideri. Inoltre l'alimentarsi evoca il primitivo sadismo orale, aumentando l'angoscia nei confronti dell'oggetto, vissuto proiettivamente in modo persecutorio, come dotato della massima aggressività. Le anoressiche che negano di essere malate o bisognose di aiuto, pretendono di vivere senza alimentarsi, con una sottostante aspirazione di tipo autarchico all'onnipotenza infantile, continuamente perseguita. Ma alle sensazioni di trionfo onnipotente sulla fame, fa costantemente da contrappunto la minaccia costante delle richieste dell'istinto alimentare, cui talvolta la paziente può cedere con abbuffate o furti di cibo, seguite da furiosi pentimenti (per il senso di colpa legato all'aggressività di tipo orale), accompagnati spesso dal vomito autoprovocato, uso di lassativi e diuretici in una sorta di purificazione, che soddisfa il proposito autopunitivo di dimagrire ulteriormente. Analogamente Kestenberg et al. (1972) hanno sottolineato come "l'impatto dell'Edipo genitalizzato

contribuisca senza dubbio a rimettere in opera, in quest'io mal armato contro l'intensità delle pulsioni, i meccanismi di difesa più arcaici".

Caratteristica clinica prevalente è la presenza di un'alterata percezione del peso e della propria immagine corporea. L'aspetto tipico dell'anoressia nervosa è il rifiuto di mantenere il proprio peso corporeo ad un livello pari o superiore a quello considerato sufficiente in rapporto all'età e all'altezza del soggetto; il peso può essere controllato mediante il rifiuto di alimentarsi e l'eccessivo esercizio fisico, o con condotte eliminatorie quali il vomito auto-indotto e l'uso improprio di lassativi e diuretici.

Queste sindromi sono spesso associate ad altre problematiche di tipo psichiatrico: si riscontra frequentemente in queste condizioni una comorbidità con disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, depressione maggiore, disturbi di personalità borderline, tendenza all'autolesionismo, abuso di sostanze.

Janine Chasseguet-Smirgel in "Il corpo come specchio del mondo" (2005) sostiene che i disturbi alimentari siano manifestazione del desiderio di sfuggire all'ordine biologico durante la fase puberale.

Questi disturbi costituiscono un tentativo di strenua lotta "per separare il proprio corpo da quello della madre", nell'ambito di un complesso processo di separazione intrapsichica dalla madre, tappa fondamentale per operare l'integrazione dell'immagine del corpo fisicamente maturo nella rappresentazione di se stessi.

Come ha evidenziato Maria Selvini Palazzoli (1983) nell'anoressia, la paziente non è spaventata dal cibo ma "ha paura del proprio corpo....., vive la nutrizione come potenziamento del corpo a spese del suo Sé".

Per l'anoressica il corpo rappresenta un nemico, sul quale occorre esercitare un tentativo disperato di dominio: il proprio corpo appartiene alla madre (ad una madre non sufficientemente separata da sé) oppure è percepito come un nemico, un corpo estraneo separato da sé.

Michel Fain ha evidenziato il concetto di autoerotismo nei disturbi alimentari in cui "lo sviluppo degli stimoli autoerotici avviene in compenso a una certa mancanza di apporto narcisistico la cui sorgente principale è l'istinto materno". Così attività le autoerotiche compulsive di alcune

pazienti anoressiche potrebbero derivare da sentimenti di vuoto e di solitudine.

I contributi forniti da Winnicott, Bion e Ferenczi sull'importanza della "madre-ambiente" nei primi stadi di sviluppo del bambino hanno messo in evidenza come la discontinuità progressiva nella formazione di un involucro narcisistico permetta all'Io di separarsi dall'oggetto e di svilupparsi in modo armonioso.

Invece se la separazione dovesse essere repentina o l'involucro narcisistico fosse poco resistente e non esistesse, l'Io si potrebbe formare troppo precocemente e in maniera frammentata: "La sessualità si manifesterà nell'odio e nella distruzione. L'assenza di esperienze soddisfacenti che provengono dall'oggetto potrebbe fornire all'autoerotismo un carattere di violenza e di sadismo, dal momento che il corpo, in quanto tale, si è differenziato troppo presto e malamente dall'oggetto..."(Fain).

La ragazzina con disturbo alimentare ha organizzato ciò che Kestenberg et al. (1972) definiscono con il concetto di "Falso Sé": la struttura dell'Io delle pazienti anoressiche come una "figura a due anelli concentrici, uno molto sottile, con un diametro importante - quello della personalità apparente - l'altro spesso, duro, ma piccolo- quello della personalità profonda- legati fra loro da una linea fragile a zig-zag portatrice del funzionamento e del piacere che emana da esso, solo testimone delle forze incluse nel secondo e che anima il primo."

Nella pratica clinica il funzionamento difensivo improntato al Falso Sé si traduce nell'impossibilità, caratteristica delle pazienti anoressiche, di percepire il proprio corpo reale e le sensazioni che da esso provengono, in particolare la fame.

La fame è ricercata, come segnale rassicurante sul quale esercitare controllo e dal quale trarre "il piacere dell'insoddisfazione", in cui la corrente narcisistica dell'investimento è tinta di valenza altamente autodistruttiva ed è in grado di azzerare ogni altra sensazione.

L'ambiente sembra aver faticato ad aver sostenuto in maniera adeguata il vero Sé della figlia e questa si è organizzata in maniera "falsa", cioè scissa dal suo corpo reale e dalle sue vicissitudini interne.

Per comprendere quindi le radici più primitive del disturbo alimentare in adolescenza o pre-adolescenza la letteratura psicoanalitica dà importanza all'oralità. Nei "Tre saggi sulla teoria della sessualità" (1905) Freud affronta le difficoltà alimentari, come il disgusto per il cibo, l'anoressia e il vomito, chiamando in causa l'importanza della sensibilità della zona erogena bucco-labiale, i disturbi della suzione che ne possono derivare, la sessualizzazione delle funzioni alimentari come espressione di una fissazione all'erotismo orale, successivamente rimosso.

M. Klein (1978) afferma che il rapporto tra il bambino, la madre e il cibo sono inizialmente intimamente connessi.

Gli impulsi aggressivi verso il seno frustante sono attribuiti dal bambino, in fantasia, al seno stesso, che viene trasformato a livello fantasmatico in un oggetto "cattivo" vampiresco e divoratore. L'angoscia persecutoria che ne deriva può inibire e tenere a freno il desiderio di succhiare del bambino (come nel caso del lattante che "si soddisfa pigramente") finché non si è stabilito un rapporto libidico sicuro e buono con il seno, tale da contrastare l'angoscia persecutoria. Una relazione disturbata con la madre, in tale stadio, può comportare un grave disturbo nell'alimentazione, conseguenza della mancanza del piacere nel nutrirsi e della prevalenza delle angosce distruttive verso l'oggetto.

Un ruolo fondamentale della psicopatologia anoressica è svolto dall'elaborazione delle esperienze di perdita e dalla problematica depressiva, affrontata nell'ambito delle *reazioni di lutto* (S. Freud, 1905; A. Freud, 1957; Deutsch, 1944; Jacobson, 1954).

Nei contributi teorici più recenti, riguardanti le relazioni oggettuali e le patologie narcisistiche, vengono approfondite altre perdite tipiche dell'adolescenza, tra cui il lutto del corpo infantile (Laufer, 1966). E ancora il lutto dell'immortalità dei genitori e la conseguente rinuncia dell'organizzazione onnipotente del Sé infantile (Ladame, 1981).

Poiché l'adolescente possa essere in grado di affrontare un "senso di continuità di sé" come "metafora che tiene dentro i cambiamenti e le perdite" (Bertolini, 1998), occorre che abbia acquisito con la sua maturazione i necessari strumenti psichici per affrontare ed elaborare il fisiologico senso di perdita, adeguatamente supportato dalle figure significative di riferimento fin dalle fasi precoci del suo sviluppo. Altrimenti i soggetti svilupperanno una fragilità psicologica, risultante da una precoce distorsione dello sviluppo, che potrebbe causare un'anoressia in adolescenza e pre-adolescenza.

Per Winnicott la "conquista della posizione depressiva" può avvenire soltanto dopo che il bambino si è costituito come persona intera, che stabilisce rapporti con persone intere; inoltre " se il sentimento di interezza è un fatto per lui acquisito, possiamo pure presupporre che il bambino sappia di vivere nel suo corpo". Date le distorsioni alle quali è andato incontro lo sviluppo della adolescente anoressica, difficilmente avrà potuto fare esperienza di vivere interamente nel suo corpo, quindi sentirsi una persona 'intera' in rapporto con persone intere e difficilmente avrà potuto fare esperienza, riconoscere e amalgamare dentro di sé amore e odio, sorpassando con successo la "posizione depressiva" (M.Klein). L'ambiente non ha sostenuto in maniera adeguata il vero Sé della ragazzina e questa si è organizzata in maniera 'falsa', in maniera scissa dal suo corpo reale e dalle sue vere vicissitudini interne.

Di fronte ad una perdita traumatica (in termini di esperienza soggettiva) potranno essere messe in campo diverse modalità di gestire i sentimenti di odio e di amore suscitati dalla perdita stessa (in varie combinazioni, in proporzione ed intensità variabili), con un carattere più o meno arcaico, a seconda del grado di distorsione subito dallo sviluppo e degli strumenti interni acquisiti con la crescita: meccanismi difensivi primitivi o arcaici come la scissione tra vero e falso Sé, con la quale non verrebbe registrata la esperienza della perdita traumatica, che perciò elimina lo sfondo necessario per rappresentare sé, l'oggetto perduto e i sentimenti relativi; la depressione, come modo patologico più evoluto; "l'inibizione dell'istinto ed un impoverimento personale generale" (Winnicott), come ad esempio l'inibizione dell'istinto orale.

Una parte delle pazienti anoressiche, quelle che verosimilmente hanno potuto accedere e superare nel loro sviluppo la posizione depressiva, sembrano presentare una dinamica di tipo depressivo, caratterizzata nel mondo interno dagli attacchi sadico-oralis verso un oggetto intero che risulta ferito/ucciso e che non si può più riparare. In questo caso interviene un rallentamento diffuso della attività psichica e viene ritirata l'attività istintiva libidica diretta verso il mondo esterno. Le anoressiche non depresse (secondo alcuni autori la maggior parte o i casi più gravi), invece, sembrano possedere meccanismi più arcaici e potenti di dominio dell'istinto della fame o del mordere che comprendono la scissione. L'Io è ridotto a feticcio. Le fantasie appartenenti all'area orale vengono controllate, sino talora a non poter essere rappresentate, mancando un adeguato sfondo psichico per operare i processi di rappresentazione psichica (Bertolini 1998; Perulli 1998; Erlicher 1999).

M. Selvini Palazzoli (1989) interpreta la centralità del conflitto nelle pazienti anoressiche come spostato sul corpo che viene rinnegato, scisso dalla vita psichica, attraverso il rifiuto del cibo, al fine di garantire un senso di autonomia e di potenza senza limiti.

In tale contesto, l'ingresso nella pubertà e la comparsa del menarca per la ragazza che svilupperà l'anoressia, hanno effetti profondamente disturbanti: senso fragile di Sé e accondiscendenza ai desideri materni che complicano il processo di separazione dalla famiglia, in particolare dalla madre. Il processo adolescenziale appare ancor più gravoso in relazione al crescente senso di identificazione con la madre, man mano che il corpo dell'adolescente matura e diviene sempre più simile a quello materno. Sullo sfondo si fa sempre più sentire il peso delle dinamiche genitoriali contrarie alla reciprocità matura e all'autonomia. La dipendenza equivale a sottomissione, l'intimità minaccia l'integrità di sé, la sessualità viene a significare la perdita di controllo dei propri istinti e tutto ciò viene a significare una rinuncia al proprio senso di sicurezza: il senso di essere la bambina di sua madre. La posizione paterna verso la donna adulta d'altro canto mette in cattiva luce la maturazione femminile.

La soluzione a questa situazione sembra essere l'anoressia, come rinuncia all'adolescenza, alla separazione e alla sessualità matura, attraverso l'affamare il corpo e bloccarne la crescita.

1.4 La ricerca sui legami parentali e anoressia

L'anoressia nervosa è una patologia psichiatrica a patogenesi complessa (Onnis, 2004), in cui entrano in gioco diversi fattori socio-culturali, psicologici individuali e relazionali, in particolare familiari.

In letteratura si è sviluppata una molteplicità di modelli teorici inerenti all'eziologia dell'anoressia mentale. Un gruppo di contributi di ricerca si è focalizzato sulla valutazione dello stile di accudimento percepito e della qualità delle cure genitoriali, valutati attraverso strumenti self-report, e ha messo in luce come le ragazze anoressiche descrivano le proprie famiglie in termini complessivamente negativi, riferendo meno coesione e flessibilità rispetto alle adolescenti senza patologie psichiatriche (Palmer et al., 1988; Bulik et al., 2000; Laporte et al., 2001; Guttman, Laporte, 2002; Bonne et al., 2003).

Un altro importante focus riguarda il paradigma teorico dell'attaccamento che ha messo in evidenza gli aspetti connessi alla patologia, in particolare gli effetti delle relazioni precoci sfavorevoli sullo sviluppo del bambino. Tale teoria sottolinea come le interazioni precoci negative possano promuovere la costruzione di modelli multipli, che agiscono come fattori di rischio rispetto all'esordio di una patologia (Bowlby, 1973; Main, 1991; Sroufe, Carlson, Levy, Egeland, 1999). Questi aspetti hanno trovato ampio riscontro in letteratura, in particolare per quanto riguarda la relazione esistente tra modelli di attaccamento insicuri e psicopatologia (Rosenstein, Horowitz, 1996; Allen, Hauser, Borman-Spurrell, 1996; Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target, Gerber, 1996; Dozier, Chase Stovall, Albus, 1999).

Nel caso specifico dei disturbi del comportamento alimentare, e dell'anoressia in particolare, durante l'adolescenza, numerosi studi hanno evidenziato la prevalenza di modelli d'attaccamento insicuro e di indici di irrisoluzione rispetto ad un lutto o un trauma tra le pazienti anoressiche e le loro madri, sottolineando l'importanza dei meccanismi di trasmissione transgenerazionale (Steele, Steele, Treasure, 2001; Ammaniti, Mancone, Vismara, 2001; Ramacciotti, Sorbello, Pazzagli, Vismara, Mancone, Pallanti, 2001).

Il terzo focus riguarda il modello teorico più accreditato è la teoria familiare, nei due filoni sistemico-relazionale che mettono in luce modalità transazionali delle famiglie anoressiche (Selvini Palazzoli, 1988; 1998) e quello psicosomatico (Minuchin, 1980). Questi autori sostengono l'esistenza di caratteristiche strutturali e dinamiche peculiari nelle famiglie di pazienti anoressiche, in cui una facciata di successo e di competenza appare mascherare importanti carenze come l'incapacità di affrontare conflitti, l'invischiamento nelle relazioni interne alla famiglia e l'isolamento rispetto all'esterno, la triangolazione della figlia nel rapporto di coppia, l'attaccamento a schemi di comportamento e i miti familiari trasmessi dalle precedenti generazioni.

Si osserva come in tali famiglie la figlia con anoressia occupi un punto di articolazione fra i genitori e i suoi sintomi siano frequentemente la forma di espressione di profondi conflitti familiari non elaborati e difficoltà negli scambi familiari. Tale aspetto rappresenta una minaccia per l'equilibrio del sistema familiare e il senso di insicurezza e sfiducia nella figlia anoressica (Crisp, 1983).

L'irrompere della malattia delle figlie assume di solito un carattere di gravità, talora di catastrofe, come un trauma che costringe tutta la famiglia ad una riorganizzazione. La bambina, prima "perfetta", fin troppo buona e "autonoma", mette gravemente in discussione l'investimento narcisistico di cui è stata sempre oggetto: non può più realizzare i sogni e le aspirazioni mancate e suscita invece un intenso senso di impotenza. All'interno di questi sistemi familiari lo spettro piuttosto ampio di modalità relazionali e di investimento non sembra permettere una discriminazione di propri affetti da quelli degli altri membri e ciò sembra rendere impossibile la separazione. Spesso la figlia non è vista nella propria specificità, con bisogni e desideri propri e questo corrisponde alla parallela costruzione da parte della figlia di una struttura di falso sé che protegge un sé profondo e segreto e al tempo stesso si pone a soddisfazione dei desideri materni (Noveletto 1986).

Madre e figlia costituiscono una coppia inscindibile consolidata da una tragica simbiosi. L'incapacità di introiezione da parte della madre e di sufficiente interpretazione dei bisogni e dei desideri della figlia rende

impossibile un processo di elaborazione dell'ambivalenza e di separazione anche per le carenze di un padre che lascia la figlia in una dipendenza assoluta dalla figura materna.

In uno studio condotto su 50 casi di anoressia nell'arco di 10 anni, Gordon et al. (1989), hanno notato come i conflitti parentali sottendano pattern di interazione che presentano al bambino modelli di comportamento maschile/femminile patologici, che disturbano soprattutto la crescita e lo sviluppo della figlia femmina.

Tali influenze della relazione parentale sullo sviluppo emotivo-psichico della figlia sono state messe in evidenza anche da altri studi (Crisp,1983; Minuchin et al., 1978; Palazzoli, 1982) che hanno dimostrato come in molte famiglie in cui è presente una figlia anoressica la relazione parentale sia profondamente contrassegnata da difficoltà nell'intimità e nella fiducia, e caratterizzata da una falsa lealtà familiare e solidarietà. Questi Autori, sostengono che la malattia anoressica della figlia sia funzionale a stabilizzare e proteggere la relazione parentale. Altri autori come Bruch (1973), Palazzoli (1982), Bemporad e Ratey (1985) hanno riscontrato dei pattern più comuni presenti in molte famiglie di pazienti anoressiche: il diniego di sé, la rigidità e il perfezionismo (simili nella madre e nella figlia). Tale dato è confermato da una ricerca di Blake Woodside (2001) nell'ambito nelle famiglie di pazienti anoressiche che ha riscontrato che alcuni aspetti come il perfezionismo, la rigidità e l'ansietà rispetto al peso e alla forma siano fattori predominanti nelle madri rispetto a quelle del gruppo controllo sano.

Jacobs (2008) pone come obiettivo della sua ricerca quello di identificare il cluster dei tratti comportamentali che si possono ritrovare in un campione di pazienti anoressiche e loro genitori. Sono stati distinti tre gruppi in base alla gravità utilizzando come categoria la magrezza, l'insoddisfazione riguardo al corpo, il perfezionismo, il nevroticismo, i tratti ansiosi e l'evitamento del dolore.

In queste famiglie la madre appare devota e attenta ai bisogni altrui, perfezionista nel proprio comportamento secondo rigidi standards; è coartata nell'esprimere i propri bisogni, portando in evidenza il sacrificio di sé come elevata virtù. Il padre è tendenzialmente bisognoso,

dipendente, spaventato, anche se può esercitare autorità in famiglia. Egli richiede lealtà e deferenza alla moglie e ai figli, riesce con successo in ambito lavorativo (spesso iperinvestito), maschera problemi di autostima e di fiducia di base, non diversi da quelli che sottostanno al comportamento materno.

I conflitti parentali sono motivati da una eccessiva dipendenza, da cui entrambi si sentono minacciati e così come la maturità sessuale femminile appare minacciosa e indesiderabile, dal momento che diventare donna sembra implicare una condizione di subordinazione e impotenza in un mondo di uomini richiestivi e potenti (Bruch, 1973; Palazzoli, 1982; Bemporad e Ratey, 1985).

Jeammet (2005) individua in tali famiglie una confusione delle generazioni dove la figlia implicata in tale contesto diventa o il "doppio narcisistico" della madre in cui la madre apprezza il comportamento volitivo e l'opposizione della figlia e nel contempo mostra una intensa preoccupazione e necessità di mantenere una dipendenza della figlia da lei; oppure la figlia diventa "supporto di proiezione di una immagine genitoriale" attraverso cui la madre ritrova la propria madre perduta. Questa confusione delle generazioni è supportata dalle difficoltà dei genitori come coppia.

Nelle famiglie di pazienti anoressiche, la paura dei conflitti e la confusione accentuano la percezione delle figlie della fragilità dei genitori e l'insorgenza del disturbo rinforza tale meccanismo che minaccia l'equilibrio familiare nel suo carattere patogeno.

La figura materna assume un ruolo di "martire" nella famiglia e mostra deficit marcati nella propria autostima, a dispetto delle acquisizioni esterne, mascherando un senso profondo di inadeguatezza e un senso di colpa. L'apparente generosità materna non sembra originare da un senso di preoccupazione genuina verso i bisogni degli altri, ma dalla necessità di controllare aspetti inaccettabili di sé. Kernberg (1980) definisce questa modalità materna come "generosità reattiva", come risposta al senso interno di colpa, ostilità e che viene definita in due elementi distintivi che riguardano la calma e sollecitudine verso il marito che tuttavia si

accompagnano ad affetti inaccettabili di rabbia e rivendicazione e dall'altra parte il bisogno di preservare la bontà della propria madre, al limite della "santità", con una tensione a raggiungere la sua perfezione, sentita come impareggiabile e superiore. Si tratta in questo caso di un paradossale parallelismo con l'esperienza di inferiorità che l'anoressica vive nei confronti della propria madre. Il correlato clinico di questa dinamica è il riscontro non infrequente di quadri subclinici di anoressia materna.

La "generosità reattiva" della madre costituisce, nasce ed alimenta bisogni propri, limitando la possibilità di una reciprocità nel rapporto con la figlia, in un circolo di compiacenza improntato al "dovere di essere buona" e riconoscente, che tuttavia non le consente né di esprimere e soddisfare bisogni fondamentali di crescita né di dare un proprio contributo alla madre. Questa dinamica ambigua, propria di una relazione di tipo fusionale, genera nella figlia un senso di confusione e di colpevolezza, connessi con il bisogno difensivo e conflittuale di compiacere e al tempo stesso di non compiacere rabbiosamente.

Il tentativo è quello di preservare l'immagine di una "famiglia perfetta" attraverso le richieste e le misure di controllo materne nei confronti degli altri componenti della famiglia. L'assetto psichico e comportamentale materno comporta una distorsione della femminilità matura, in una sorta di caricatura che è la risultante di rigide difese inconsapevoli, in cui la generosità verso gli altri è il corrispettivo di un senso interno di inadeguatezza e di incapacità e l'eccessiva preoccupazione per i bisogni altrui diventano la manifestazione del bisogno più profondo di controllare e di negare i propri sinceri affetti, relegati in uno spazio psichico scarsamente accessibile.

L'assetto materno possiede in sé una caratteristica in cui il senso di sottomissione implica un legame prevalentemente materno con il marito, con conseguenti vissuti negativi e di minaccia per ciò che riguarda la maturità sessuale.

La letteratura è ricca di riferimenti sulla figura paterna di ragazze anoressiche: alcuni autori parlano di padri indifferenti o autoritari,

incapaci di separare la figlia dalla madre che è anche una moglie negletta e poco apprezzata (Varela Viglietti 2001), di padri troppo protettivi (Role-Warren 2001), di un deficit della funzione edipica paterna che conduce al ritiro anoressico (Nucara 1999), di un padre "periferico" e di una madre "ipercoinvolta" (Taffel e Masters 1989), di una coalizione madre-figlia contro il padre (Waller Calam et al. 1989) e della maternalizzazione del padre (Kestemberg, 1972) inteso come padre scarsamente differenziante che si propone come una "madre più buona della madre" (anziché come terzo) che ammortizza le eccessive richieste e i divieti materni.

Engel insieme a Stienen (1989), in uno studio condotto su un campione di 96 padri di pazienti gravemente anoressiche in età compresa tra i 15 e i 25 anni, e confrontato con un gruppo controllo, hanno preso in considerazione 4 specifici pattern paterni: il padre *week* (passivo ed emotivamente assente, dominato e/o svalutato dalle figure familiari femminili (moglie, la propria madre), in atteggiamento di ritiro e rassegnazione); il padre *bonding* (che stabilisce con la figlia un legame molto intenso di tipo pre-edipico, quasi-simbiotico, protettivo, simil-materno, talora erotizzato, ove la figlia rappresenta una partner migliore della moglie che può essere esclusa attivamente dal padre, ma facilmente può esserci un suo contributo collusivo nell'escludere e respingere il marito); il padre *brutal* (esprime la sua insoddisfazione di sé stesso, del rapporto di coppia e della figlia con collera e aggressività, vorrebbe dominare su tutta la famiglia, equipara la femminilità alla debolezza, odia e disprezza le donne, facilmente non è desiderato dalla propria moglie); il padre *absent* (fisicamente assente per separazione, divorzio, morte). Dai risultati sono emerse differenze significative rispetto al gruppo di padri sani per le categorie di padri bonding e brutal, mettendo in evidenza come la relazione con il padre rappresenti un importante fattore prognostico per l'anoressia delle figlie.

Un padre con tali caratteristiche complica ulteriormente la problematica edipica della figlia, sperimentando la propria figlia come adorabile, fortemente rassicurante, un possesso sicuro e in tal senso la vittoria edipica si configura come concretamente possibile, con i relativi vissuti della figlia, difficilmente sostenibili, inclusa un'intensa competizione con la

madre, i cui desideri ella cerca disperatamente di soddisfare, al fine di preservare una relazione di tipo fusionale. Questa posizione paterna appare come una distorsione ed una esagerazione della dimensione maschile con caratteristiche narcisistiche di isolamento e misogenia. Padre e figlia sembrano non trovarsi ad una giusta distanza, quella che consentirebbe a quest'ultima di sentirsi apprezzata e desiderata come donna, senza sentirsi minacciata da una pericolosa vicinanza erotizzata con il padre oppure senza sentirsi troppo vincolata alla madre in una coppia "anti-edipica". Se ciò non avviene, proprio mentre il corpo cambia, risulta profondamente minato il suo processo di sviluppo nella sua globalità.

Bocheran (1994) mette in luce come caratteristica propria delle coppie di adolescenti anoressiche la costellazione familiare paterna che favorisce un'identificazione prevalentemente femminile e una identificazione maschile insicura: la madre di lui è la figura positiva idealizzata della famiglia, il padre di lui è vissuto come distante, poco disponibile al dialogo e poco soddisfacente come marito; spesso questo genere di padre sposa una donna in conflitto con la propria madre, verso la quale si pone come un protettore "materno". Rispetto alla figlia, pur essendo un padre presente, favorisce la vicinanza madre-figlia e quando la figlia è adolescente assume una posizione contro-edipica. La coppia e la struttura familiare in genere sono improntate alla negazione delle difficoltà e dei conflitti, analogamente a quanto osservato da Humphrey (1988).

Lewis e Mc Guire(1986) descrivono come la figlia respinta dal padre, disprezzata come donna, così come è il destino della moglie, sia contemporaneamente la figlia che la madre tiene saldamente vincolata a sé, in un rapporto troppo stretto madre-bambina con una disposizione negativa verso il padre.

In modi diversi e con diverse sottolineature, espressioni verosimili della molteplicità e specificità delle costellazioni individuali e familiari, i contributi di numerosi Autori convergono nell'evidenziare nei disturbi alimentari una carenza significativa della funzione paterna.

Laporte (2001) ha dimostrato che i genitori di famiglie di pazienti affette da anoressia hanno comportamenti alimentari e funzionamento familiare simili a famiglie di soggetti sani. Si osserva, però, che le pazienti riportano un basso grado di coesione familiare e un alto grado di conflitti rispetto ai rispettivi genitori. Nel parental bonding instrument la percezione del legame genitori e figli mette in rilievo un maggior grado di cure, controllo e iperprotezione da parte della madre rispetto al padre che rimane più periferico e non fondamentale per il buon funzionamento della famiglia.

Jeammet (1992) sostiene che i genitori della ragazza anoressica non hanno in genere un'organizzazione psicopatologia specifica (per quanto sia frequente ritrovare nella madre una personalità fobico-ossessiva con manifestazioni depressive) ma una specifica modalità di investimento della figlia che si intreccia in maniera peculiare con una problematica conflittuale genitoriale. L'investimento della figlia, all'interno delle dinamiche di coppia, si caratterizza per essere un investimento di un'immagine ideale a discapito del riconoscimento dei desideri dell'altro. Alcune coppie sono apparentemente armoniose, altre più conflittuali, ma in genere mostrano una facciata di lealtà e solidarietà contro il "nemico comune" costituito dall'anoressia.

1.5 Psicoanalisi e ricerca: diagnosi e terapia della coppia

La maggior parte delle teorie focalizza l'attenzione sul rapporto con la madre, con i genitori o con l'intero sistema familiare, ma raramente si soffermano ad approfondire l'influenza e le caratteristiche della coppia genitoriale e dei genitori in quanto tali sulla sintomatologia della figlia.

La clinica degli aspetti psicopatologici (descritta nel capitolo 1.3) in gioco permette di approfondire il funzionamento di queste pazienti e le loro modalità relazionali con l'ambiente, costituendo uno strumento di utilità terapeutica, ma occorre andare al di là delle dinamiche dei rapporti madre-figlia, padre-figlia e interrogarsi riguardo alle possibili influenze della qualità del legame di coppia, genitoriale e coniugale sulla psicopatologia del disturbo alimentare dei figli.

Le caratteristiche personali del padre e della madre prese singolarmente non spiegano però a nostro avviso la complessa psicopatologia dei disturbi dei figli.

Appare quindi utile esplorare le dinamiche della coppia, valutando quindi alcuni suoi aspetti caratteristici propri del lavoro pionieristico di Dicks e dei suoi colleghi (tra cui Enid Balint): i fenomeni di collusione, la membrana diadica e la scelta del partner.

Un concetto importante nel lavoro con le coppie è quello di "collusione inconscia"; originariamente formulato da Dicks (1967), parte dall'ipotesi che la coppia costituisca una "unità diadica" psico-somatica, ossia l'unione di due sistemi psicofisici in una interazione continua, all'interno di una "membrana diadica", che costituisce una sorta di comune confine dell'Io. Può essere descritta come l'incastro dei mondi interni dei due membri della coppia grazie a cui aspetti emotivi, affettivi, istintuali dell'uno e dell'altro costituiscono un'unità stabile di funzionamento che mette ognuno dei due al riparo dallo sperimentare angosce critiche per la persona.

Una collusione patologica può costituirsi come qualcosa che permette di tenere scissi, denegati, sospesi i conflitti che il singolo non può affrontare.

Vari tipi di tensioni coniugali, incomprensioni non elaborate, sebbene sopportate, possono prendere espressione nei figli come loro proprio disagio o malattia.

In questi casi il figlio può esprimere una sofferenza che esternalizza attraverso i sintomi e i genitori, in un paradossale circolo vizioso, nel dedicarsi alla cura della malattia del figlio, possono continuare a tenere rimosse le difficoltà della loro coppia. Quando è così, i sintomi del figlio, che appaiono dissociati dalle emozioni e dalle difficoltà della coppia, tendono a procedere come disagio o patologia di una sola persona mentre spesso si tratta di un intreccio dei disagi o della patologia di due o tre persone.

La presenza di fantasie dei genitori non digerite perché difficilmente elaborabili, si traduce nella comparsa di aspetti psicopatologici rilevabili clinicamente, poiché agiscono come elementi disturbanti che costringono il bambino ad un eccessivo dispendio di energie.

Le interazioni inconsce sono alla base della formazione di una relazione matrimoniale come scrive Dicks (1992) non è statica ma è una entità psicodinamica intesa come unione di due mondi psicofisici in una interazione continua. Il formarsi di una coppia è l'unione di due mondi diversi. Uno esterno che si manifesta nelle situazioni di ogni giorno e l'altro interno nascosto e segreto necessario alla realizzazione di una relazione stabile.

Un aspetto fondamentale nella dinamica della coppia è rappresentato dalle motivazioni inconsce che portano al legame tra due partner, oltre alla personalità di ciascun partner nella coppia come individuo separato, ai fattori socioculturali e agli stress provenienti dal loro passato. Dicks definisce la collusione come l'incontro tra i due mondi interiori dei due partner della coppia che nel loro interagire continuo essi si attribuiscono reciprocamente una serie di bisogni primari, di aspettative e di sentimenti a livello inconscio, in cui i confini del senso di essere io e il senso dell'altro si confondono.

Il processo collusivo della coppia ha origine già al momento della scelta reciproca dalla fase dell'innamoramento e prosegue incessantemente in una reciproca interazione e determinazione.

Come suggerisce Dicks questi legami inconsci profondi fanno della coppia un'unità attorno alla quale si delinea una specie di comune confine dell'io rispetto all'esterno: la membrana diadica. E' come se la coppia vivesse all'interno di un confine diadico e tale membrana ha la funzione di delimitare uno spazio interno (endotelio) costituito da più aspetti personali, emotivi e istintuali ed uno esterno (epitelio) formato da elementi etico-religiosi e socio-politici. Lo strato intermedio è invece costituito da componenti culturali e familiari.

Nella clinica nasce quindi il bisogno di comprendere quale aspetto della membrana sia investito valorizzato ed erotizzato. Le coppie mostrano una consapevolezza inconscia della membrana diadica e possono trasformarla in un oggetto di manipolazione.

E diventa possibile comprendere come la membrana può oscillare da un estremo all'altro e come possa organizzarsi e diventare una barriera verso il mondo esterno, che diventa l'equivalente del Non-Me, mentre il dentro può essere solo in armonia totale, idealizzazione e accordo completo.

Il processo collusivo nella relazione della coppia può presentare da un lato degli aspetti normali compatibili con il comune vivere, dall'altro degli elementi entrambi inconsciamente condivisi.

Giannakoulas e Gianotti negli anni 90 hanno diffuso in Italia i concetti di Dicks applicandoli dapprima a coppie di genitori i cui figli soffrivano di malattie psico-somatiche, estendendo poi la terapia di coppia ai genitori di bambini od adolescenti con forme gravi di sofferenza psichica (psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità).

Secondo Dicks, Gianotti e Giannakoulas è la patologia organizzata collusiva della diade più che la patologia del singolo genitore che si esprime nel sintomo del bambino.

E' caratteristica nei rapporti coniugali disturbati o patologici, la necessità di utilizzare il bambino come veicolo fondamentale delle loro tendenze espiatrici e riparative. Egli diventa così collante nel cementare e fissare la membrana ma anche nel tenere la coppia.

Il bambino diventa il portatore e il messaggero dell'inconscio parentale e per la sua posizione si presta ad essere usato, sedotto, idealizzato. Molte

coppie possono essere anche in grado di gestire adeguatamente la loro capacità coniugale ma la capacità genitoriale comporta l'esistenza di uno spazio nella coppia capace di permettere al bambino di sviluppare le sue potenzialità al riparo di pressioni negative.

La letteratura è poco ricca di studi che si interessano delle dinamiche di coppia riguardo allo sviluppo del disturbo alimentare nei figli. Gordon et al. (1989) affermano che le coppie di adolescenti anoressiche siano narcisisticamente isolati l'uno dall'altro, ognuno con difficoltà di intimità e fiducia, entrambi coinvolti e ingaggiati in un circolo che si autoalimenta: il marito sente che la sollecitudine della moglie veicola una rabbia e un risentimento terribili, in linea con ciò che egli si attende da una donna potente; la moglie sperimenta continuamente il marito come infantile, esplosivo e capriccioso, che necessita proprio della deferenza che lei le offre ed è meritevole del suo malcontento. Questo assetto preserva entrambi i coniugi dal doppio pericolo di una vicinanza eccessiva da un lato e di un abbandono dall'altro lato. Paradossalmente la coppia trova conforto e stabilità dalla loro mutua sfiducia.

In una ricerca (Espina,2003) 74 coppie con una figlia con disturbo alimentare (20 Anoressia tipo restrittivo, 23 Anoressia con condotte bulimiche, 31 con Bulimia con condotte di eliminazione) sono state paragonate a due gruppi controllo: 41 coppie non cliniche e 32 coppie con una patologia riscontrata in uno o più test fra quelli somministrati all'inizio dello studio: GFQ, EAT, BDI, Self-Rating Anxiety Scale, e DAS. I risultati hanno messo in evidenza uno scarso adattamento nella relazione di coppia delle coppie con una figlia anoressica rispetto ai controlli sani, e che questo potrebbe essere un fattore eziologico del disturbo alimentare. Tuttavia i risultati hanno anche suggerito che non esiste uno specifico pattern patologico delle dinamiche di coppia, e che il disturbo alimentare può essere uno dei modi per esprimere nella figlia le questioni relative al maladattamento della coppia genitoriale.

Baldassarre (2008) afferma che la coppia dei genitori di una anoressica appare caratterizzata da una dinamica di tipo sado-masochista che regola il legame narcisistico tra i coniugi. Un legame caratterizzato da prevaricazione e non sul sostegno dell'altro. La relazione coniugale

sembra essere, secondo l'autore, definita da un doppio legame che prende in gioco anche la figlia a cui non resta che regredire schiacciata sotto il peso dell'impossibilità ad assumere un ruolo emotivo di cui non possiede gli strumenti.

E' quindi importante considerare la portata di tale relazione, nella sua reciprocità a doppio senso figlia-genitori, per poter comprendere il disturbo alimentare, sia in fase di diagnosi sia in ambito terapeutico. Spesso, come abbiamo evidenziato, sono proprio i sintomi a rappresentare la messa in atto di fantasie "indigerite", come una sorta di pesante eredità trasmessagli a livello psichico dai genitori, agite nella relazione tra i genitori e tra questi e la figlia. Esse costituiscono il nucleo della "collusione patologica" inconscia della coppia dei genitori, che emerge nella sua intensità e cristallizzazione se adeguatamente indagata. La figlia, con la sua presenza e le sue necessità di crescita riattivando i processi rielaborativi connessi con la genitorialità può rompere l'apparente equilibrio della coppia e farsi carico nella malattia, del peso di tale collusione dei genitori, perpetuando in se stessa il black-out di rappresentazioni dei genitori. Si tratta in questi casi di un risultato di deficit dei processi di simbolizzazione inconscia nei genitori, non sufficientemente elaborati, mascherati nella loro realtà fattuale.

2. SCOPO DEL LAVORO

In letteratura si è sviluppata una molteplicità di modelli teorici sulla patogenesi dell'anoressia mentale ma poco rilievo è stato dato allo studio dell'influenza della qualità del legame di coppia genitoriale e coniugale e alla correlazione di queste relazioni con la psicopatologia del disturbo alimentare dei figli. Vari tipi di tensioni coniugali, incomprensioni non elaborate possono prendere espressione nei figli come loro proprio disagio o malattia. In questi casi il figlio può esprimere una sofferenza che esternalizza attraverso i sintomi e i genitori, in un paradossale circolo vizioso, nel dedicarsi alla cura della malattia del figlio, possono continuare a tenere rimosse le difficoltà della loro coppia. Quindi si osserva che, mentre su un piano fenomenologico le famiglie di pazienti con disturbo alimentare sembrano rientrare in un ambito di "normalità", invece nella pratica clinica emerge come una "patologia" delle dinamiche di coppia dei genitori, in genere negata e misconosciuta, possa avere qualità patogenetica sullo sviluppo dei figli.

Con questo progetto ci proponiamo di approfondire e di valutare le influenze della coppia genitoriale sulla patologia delle figlie che hanno sviluppato un disturbo del comportamento alimentare di tipo anoressico, attraverso un quadro descrittivo delle principali dinamiche familiari e di coppia riscontrato in un gruppo clinico, tenendo conto del ruolo svolto dalla funzione materna e paterna, nell'ottica di un sistema relazionale più ampio.

L'importanza di questo complesso "fattore psicopatologico" ci sembra inoltre che abbia un impatto significativo dal punto di vista clinico, nella genesi e nell'eventuale mantenimento della sintomatologia, in una prospettiva attenta alla specificità ed unicità individuale, nelle implicazioni terapeutiche e prognostiche.

Attraverso la somministrazione di specifici test ci si propone di valutare le caratteristiche e le dinamiche di coppia; le caratteristiche dei genitori, in particolare i loro profili di personalità, le dinamiche familiari e la presenza

di tratti depressivi; le caratteristiche dei pazienti con disturbo alimentare, la loro percezione delle dinamiche familiari e la presenza di tratti depressivi.

Al fine di poter valutare se tali aspetti riguardanti l'influenza della collusione di coppia sulla psicopatologia dell'anoressia nelle figlie, abbiamo raccolto e confrontato il materiale clinico con quello testale, coinvolgendo tutti i membri del "triangolo" familiare.

3. MATERIALE E METODO

3.1 Campione

Il campione clinico utilizzato nello studio è costituito da pazienti in età evolutiva giunti presso accesso presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Gerardo di Monza, nel periodo intercorso tra il gennaio 2008 e il settembre 2011.

Il campione consiste in 84 coppie. I casi sono costituiti da 42 coppie con con una figlia, di età compresa tra i 13 e i 17 anni (media età=14.64; DS=1.41), con diagnosi delle diverse forme di anoressia nervosa (sottotipi secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, APA, 2000), accolte presso la nostra clinica in regime di ricovero o di Day Hospital (primo accesso).

Il gruppo di controllo è costituito dalle altre 42 coppie con figli non affetti da DCA, di età compresa fra i 13 e 17 anni (media età=14,78 DS=1,61), reclutato presso le scuole medie e superiori della provincia di Monza-Brianza, Milano e Brescia, aventi caratteristiche demografiche, economiche e ambientali omogenee a quelle del campione clinico.

I casi dello studio dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione:

1. Età compresa fra 13 e 17 anni;
2. Diagnosi di Anoressia Nervosa secondo i criteri del DSM-VI TR
3. Assenza di comorbilità;
4. Primo accesso al servizio di Neuropsichiatria Infantile del San Gerardo;

Coppie disposte a partecipare insieme ai colloqui e alla compilazione dei test riguardo alla sintomatologia della figlia.

I criteri di esclusione:

1. Soggetti con ritardo mentale e/o disturbi fisici;
2. Precedenti ricoveri o interventi psicoterapeutici presso nostro servizio.

Tali criteri sono atti a garantire l'omogeneità del campione e permettono di controllare, almeno in parte, le variabili che potrebbero influire sulle correlazioni tra patologia dei pazienti e relazioni diadiche dei genitori. Inoltre, studiare il disturbo nella sua fase di esordio permette di individuare i fattori che ne stanno alla base, sia rispetto a quanto viene riferito dalla paziente e dai suoi familiari, sia rispetto a quanto viene inferito dal clinico nella fase diagnostica.

3.2 Strumenti di valutazione

Per la valutazione psicopatologica e delle caratteristiche di personalità, familiari e delle dinamiche di coppia sono stati impiegati i seguenti strumenti psicometrici:

a. *Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3) (Garner D.M., 2004):*

è una revisione delle misure di autovalutazione dei tratti psicologici, inteso come strumento multidimensionale auto-somministrato che misura gli aspetti cognitivi e comportamentali presenti in individui con disturbi dell'alimentazione e i correlati psicologici, presenti ma non esclusivi di questi disturbi. La premessa teorica sulla quale si fonda il questionario è che i disturbi dell'alimentazione siano delle sindromi plurideterminate e multidimensionali. Le concezioni teoriche più recenti, e condivise, considerano i disturbi dell'alimentazione di *natura plurideterminata* e i pattern di sintomi come la via finale comune risultante dalla confluenza di percorsi personali differenti ed originali. Le osservazioni cliniche hanno descritto una grande varietà di aspetti psicologici e sintomatologici in relazione ai disturbi dell'alimentazione, ma nessuno dei modelli teorici proposti è in grado di interpretare tutti questi elementi in dettaglio e, lo stesso elemento clinico è spesso spiegato in modo diverso dalle distinte prospettive teoriche.

L'EDI-3 può essere usato con gli adolescenti dai 13 anni in su ed è composto da 12 scale: 3 scale di rischio di disturbo alimentare (Impulso alla magrezza; Bulimia; Insoddisfazione per il corpo); 9 scale psicologiche generali (bassa autostima; alienazione personale; insicurezza interpersonale; alienazione interpersonale; deficit interocettivi; disregolazione emotiva; perfezionismo; ascetismo; paura della maturità) e 6 scale derivanti da punteggi compositi (rischio di disturbo alimentare; inadeguatezza; problemi interpersonali; problemi affettivi; ipercontrollo e disadattamento

psicologico generale). autovalutazione di sintomi comunemente associati all'anoressia e alla bulimia nervose.

Viene usato nello screening della sintomatologia dei disturbi dell'alimentazione, negli studi clinici su pazienti affetti da DCA (Fennig, et al. 2008) e nelle valutazioni a distanza sull'evoluzione clinica (Westerberg et al., 2008) e sulla risposta al trattamento.

Tramite l'utilizzo dell'EDI-3 ricerchiamo caratteristiche ed tratti del disturbo alimentare nelle ragazze.

- b. Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs 1988):** è uno strumento autosomministrato che valuta in età evolutiva (8-17anni) la gravità della sintomatologia depressiva nei soggetti affetti e utilizzato come screening per la valutazione del rischio della depressione nella popolazione generale.

Tramite l'uso di questo test ricerchiamo aspetti depressivi del disturbo alimentare nei pazienti. Infatti disturbi dell'umore sono descritti in letteratura nel 50-75% dei casi.

- c. Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck, Steer, Brown 2006):** è un test autosomministrato, può essere usato dai 13 anni in poi, valuta la gravità della sintomatologia depressiva con 21 item che indagano due fattori:

- Somatico-Affettivo che riguarda le manifestazioni somatiche-affettive della depressione (perdita di interesse, perdita di energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto);
- Cognitivo che riguarda le manifestazioni cognitive della depressione (pessimismo, senso di colpa, autocritica e autostima, capacità di provare piacere).

Nei pazienti affetti è usato come screening (Lasa, Ayuso-Mateos et al. 2000) per la valutazione del rischio della depressione nella popolazione generale. Il cutt-off usato è ≥ 12 .

Tramite l'uso di questo test ricerchiamo aspetti depressivi nei genitori per identificare la loro relazione rispetto al disturbo alimentare delle figlie (Blisset et al, 2006; Bachar et al.2008).

d. Big Five Questionnaire-Children (BFQ-C (Barbaranelli, Caprara,Rabasca 1998): strumento di autovalutazione 11-14 anni, costituito da 65 item, finalizzati alla descrizione e valutazione dell'adattamento, il successo scolastico la capacità di organizzazione, il rispetto delle regole, le capacità relazionali , la capacità di controllare ed esprimere le emozioni.

Con tale test ci proponiamo di valutare quali profili di personalità possono riscontrarsi nei pazienti (Claes et al, 2006).

e. Big Five Questionnaire (BFQ-2)(Caprara, barbaneranelli, Borgogni, Vecchione (2007): è uno strumento di autovalutazione costituito da 134 item e individua 5 dimensioni: Energia (orientamento fiducioso ed entusiasta nei confronti delle situazione della vita) Amicalità (include sia l'altruismo, il prendersi cura, il dare supporto emotivo sia l'ostilità, l'indifferenza verso gli altri) Coscienziosità (precisione e accuratezza ,affidabilità e responsabilità ,volontà di avere successo e perseveranza) Stabilità emotiva (ansietà e presenza di problemi di tipo emotivo come depressione instabilità di umore e irritabilità) Apertura Mentale (apertura verso nuove idee e verso i valori degli altri e verso i propri sentimenti) per la descrizione e valutazione della personalità, utile per comprendere le problematiche del soggetto, tracciare la sua storia e definire i tratti dominanti della sua personalità.

Con tale test ci proponiamo di valutare se e come profili di personalità nei genitori possano influire sulla patologia dei figli(Claes et al, 2006).

f. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson et al, 1985): uno strumento di 111 item attraverso il quale studiare le relazioni familiari in senso lato coinvolgendo tutti i membri della famiglia, compreso i figli di almeno 12 anni; attraverso 2 revisioni, una del 1983 (FACES II) ed una del 1985 (FACES III), gli item erano prima 30 e poi 20. La scala è basata sull'ipotesi che la relazione familiare sia il risultato dell'interazione tra due dimensioni, la coesione, cioè il legame emotivo dei membri della famiglia, e l'adattabilità, cioè la capacità dei membri della famiglia di riorganizzarsi in risposta al cambiare delle circostanze (il cosiddetto Circumplex Model). Sono stati individuati 4 gradi di coesione (Inviluppato, Connesso, Separato e Disimpegnato) e 4 gradi di adattabilità (Caotico, Flessibile, Strutturato e Rigido).

I cut-off usati sono per la dimensione coesione:

- 10-31: disimpegnato
- 32-37: separato
- 38-43: connesso
- 44-50: invischiato

I cut-off usati sono per la dimensione adattabilità:

- 10-25: rigido
- 26-30: strutturato
- 31-35: flessibile
- 36-50: caotico

g. Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976): può essere considerata come una versione estesa e di più solide caratteristiche psicometriche del Marital Adjustment Test (questionario self-report di 15 item, che valuta lo stress coniugale, l'adattamento intrarelazionale e la concordanza fra i coniugi). La scala valuta la qualità di adattamento diadico e la qualità di relazione di coppie

coniugate o non sposate. L'adattamento consiste di molteplici fattorie a che fare con l'equilibrio della struttura che deve essere stabile e flessibile nel tempo. La scala self-report è composta da 32 item ed esplora la soddisfazione sessuale-relazionale della coppia tramite 4 dimensioni correlate tra loro: il Consenso diadico (grado di accordo e disaccordo su argomenti importanti), la Coesione diadica (condivisione di attività piacevoli e alla capacità di lavorare insieme su obiettivi comuni), Soddisfazione diadica (soddisfazione per lo stato del rapporto cioè il livello di felicità e infelicità derivante dalle relazione con il partner) e l'Espressione affettiva (modalità di espressione di sentimenti e della sessualità). Si sono seguite le norme proposte dal gruppo Gentili et al (2002) che ha proceduto alla validazione italiana del test e i cut-off considerato è $M=115,7$ e $SD=21,6$ relativi ai livelli medi di adattamento diadico.

3.3 Procedura

Il reparto ospedaliero della nostra Clinica di Neuropsichiatria Infantile accoglie in regime di degenza (ordinaria e in DH) pazienti di età da 0 sino a 18 anni, prevalentemente adolescenti, con problematiche psichiatriche e neurologiche, in genere a carattere acuto e/o di una certa gravità clinica.

Nell'ambito del Dottorato in Neuroscienze e Tecnologie Biomediche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca è stato svolto il suddetto progetto di ricerca che ha comportato.

A genitori e pazienti che hanno risposto ai criteri di inclusione è stato proposto un breve colloquio informativo nell'ambito del quale è stato richiesto il consenso informato.

Al momento del reclutamento (T0) il gruppo sperimentale è stato sottoposto ad una valutazione clinico-anamnestica, valutazione delle condizioni nutrizionali e fisiche e una valutazione psicodinamica effettuata da due terapeuti diversi e supervisionati da analisti esperti, consistente in:

- colloqui clinici con pazienti in cui vengono indagati diverse aree relativi al rapporto del paziente con il cibo e con il proprio corpo e alle qualità delle relazioni coi genitori;
- colloqui clinici con i genitori in cui vengono indagati alcuni aspetti relativi alla qualità genitoriale e al legame coniugale (qualità delle relazioni tra figlio e genitori e nella coppia genitoriale, vissuto dell'esperienza dei genitori come figli, fantasie cosce e inconscie dei genitori, i processi di identificazione dei genitori con le proprie figure genitoriale e ruolo delle proiezioni e identificazioni operanti nella genesi del disturbo e valutazione delle caratteristiche delle figure materna e paterna, collusioni di coppia).

A seguito di tali colloqui i pazienti e i genitori sono stati coinvolti nell'autocompilazione dei questionari standardizzati.

Per le ragazze: EDI-III (Eating Disorders Inventory-III); CDI (Children's Depression Inventory); BFQ-C (Big Five Questionnaire-Children); FACES III (Family Adaptability and Cohesion evaluation Scale).

Per i genitori: DAS (Dyadic Adjustment Scale); FACES III (Family Adaptability and Cohesion evaluation Scale); BDI II (Beck Depression Inventory); BFQ-2(Big Five Questionnaire).

Il gruppo controllo è stato sottoposto alla somministrazione della stessa batteria di test sopradescritti.

La somministrazione dei test hanno lo scopo di ottenere una valutazione il più possibile affidabile delle dinamiche familiari e dei vissuti dei soggetti coinvolti.

Il colloquio con le pazienti si è svolto in maniera semistrutturata, comprendente una prima parte incentra sul loro racconto spontaneo ed una seconda parte finalizzata alla raccolta di dati riguardanti le condizioni fisiche attuali (in particolare come sono soggettivamente percepite), la situazione sociale, scolastica, familiare e affettiva della ragazza. Le stesse informazioni sono state sondate nella parte iniziale anamnestica del colloquio con i genitori.

Un'ulteriore fonte dei parametri relativi all'andamento clinico sono stati raccolti nel contesto dei controlli periodici in regime di DH effettuati dalle pazienti, attraverso la compilazione di una griglia appositamente elaborata:

- Parametri di peso, altezza, BMI, funzione mestruale, eventuali patologie correlate alla denutrizione;
- Andamento scolastico e relazioni sociali (per sondare la presenza e la natura dei rapporti sociali, il carattere ristretto o esclusivo, la ricerca di solitudine o tendenza all'isolamento e/o di autonomia);
- La storia clinica e psicologica, l'insorgenza o il sovrapporsi di problematiche psichiche diverse dai disturbi alimentari o nella stessa area, la terapia farmacologia in atto, se presente, il tipo di trattamento ricevuto (controlli in Dh, altri ricoveri, terapia psicologica

individuale e/o di coppia, residenza in strutture dedicate, terapia farmacologica).

La scelta del tempo di entrata nello studio (T0) al momento dell'arrivo al nostro servizio specialistico è finalizzata ad avere un campione omogeneo per quanto riguarda la consapevolezza da parte dei genitori della patologia della figlia e la possibilità di un primo approccio alle dinamiche della coppia genitoriale secondo la metodica teorizzata da Dicks.

Al termine di tale percorso psico-diagnostico è stato effettuato un incontro con il paziente e i genitori nel corso del quale sono stati comunicati gli elementi emersi nell'assessment e proposto il tipo di intervento terapeutico che meglio si adattava alle condizioni psicopatologiche dell'adolescente, tenendo conto anche delle caratteristiche personologiche e delle dinamiche relazionali dei genitori.

3.4 Analisi statistica

Il campione selezionato, costituito da 42 ragazze con diagnosi di anoressia nervosa e da 42 ragazze sane, e le rispettive famiglie, è stato descritto tramite l'utilizzo di medie e deviazioni standard per le variabili continue, mentre sono state utilizzate frequenze assolute e percentuali per descrivere variabili categoriche.

In primo luogo è stato osservato il grado di associazione tra l'insorgenza di anoressia e ogni singolo fattore caratterizzante le coppie di genitori, rilevati tramite la somministrazione dei questionari. Data l'esiguità del numero di soggetti in alcune categorie l'associazione è stata valutata tramite il test esatto di Fisher. Sono stati considerati significativi p-value minori di 0,05.

È poi stata valutata l'associazione tra i punteggi dei genitori alla DAS e i punteggi delle pazienti alle scale dell'EDI-III. Anche in questo caso l'associazione è stata valutata tramite il test esatto di Fisher e sono stati considerati significativi p-value minori di 0,05.

Per valutare quali fossero i fattori indipendentemente associati all'insorgenza di anoressia sono stati implementati modelli di regressione logistica univariata, dove la variabile dipendente era la presenza o meno di figlia con anoressia, mentre le variabili indipendenti erano i singoli fattori rilevati nei questionari somministrati ai genitori.

I fattori che all'analisi univariata hanno dimostrato essere significativamente associati ad incrementi del rischio di insorgenza di anoressia, sono stati poi selezionati quali variabili indipendenti in un modello di regressione logistica multivariata. Data la numerosità non troppo elevata del campione considerato, per selezionare i fattori significativamente correlati al rischio di insorgenza di anoressia è stata applicata una selezione backward (il criterio per l'esclusione adottato è $p\text{-value} > 0,10$).

I risultati dei modelli di regressione logistica sono stati espressi in termini di Odd Ratio (OR) e p-value. Sono stati considerati significativi p-value minori di 0,05.

Infine sono stati valutati i risultati dei colloqui a cui sono state sottoposte le coppie di genitori. È stata valutata la concordanza nelle opinioni espresse dai genitori tramite l'utilizzo dell'indice K di Cohen, dove $k=1$ indica massima concordanza, $k=0$ indica casualità nelle risposte e $k=-1$ indica massima discordanza. Sono stati considerati significativi p-value minori di 0,05.

Le analisi sono state implementate con SAS versione.9.2 (SAS Institute, Cary, NC).

3.5 Considerazioni sulle differenze tra test e colloqui:

Il motivo per cui i partecipanti allo studio hanno risposto in forma scritta a domande riguardanti la propria persona, comporta non solo la capacità di esprimere l'emozione a livello psicosomatico durante il periodo precedente la valutazione, ma anche l'aver fatto esperienza di sé e dei propri stati emotivi tanto da poterli riportare alla mente nel momento in cui si compila il test.

Questi strumenti possono essere dunque considerati un indice della capacità di fare esperienza di sé e di esprimere i propri stati emotivi e della capacità di richiamare se stessi e i propri sentimenti come oggetto di riflessione e dunque bisogna considerare i limiti che lo strumento stesso impone.

E' questo è il motivo per cui è stato deciso di somministrarli successivamente ai colloqui effettuati.

È opportuno precisare inoltre che le scale analizzano lo stato psichico dei pazienti al momento della compilazione del test caratterizzato da condizioni esterne che non possono essere scelte.

Nei colloqui è diversa invece la percezione delle modificazioni del paziente nel tempo percepita soggettivamente dal terapeuta all'interno di un processo continuativo che si sta svolgendo.

Esiste quindi un certo scarto tra la valutazione dei sintomi attraverso scale e la valutazione delle modificazioni nel tempo del funzionamento psichico nella relazione tra due persone.

L'approccio ad un individuo con l'utilizzo di test è infatti un'esperienza profondamente differente dalla possibilità di effettuare colloqui clinici in cui le emozioni e le esperienze dei due partecipanti al colloquio contribuiscono alla valutazione della condizione emotiva e sintomatica della persona.

Il processo conoscitivo che si sviluppa nella relazione tra due persone ha permesso di dare un significato simbolico ai sintomi della coppia, permettendo una più valida interpretazione dei risultati testali. I test rimangono tuttavia un supporto valido ai colloqui clinici e forniscono un aiuto per la formulazione di una diagnosi precisa.

4. RISULTATI

4.1 Descrizione del campione

Il gruppo dei casi è costituito da 42 pazienti con diagnosi di anoressia nervosa, di età compresa fra i 13 e 17 anni (Media=14.5; DS = 1.52) e 42 soggetti sani.

I percentili di BMI delle pazienti nel 61,90% dei casi si colloca al di sotto del 5° percentile (il BMI è stato calcolato al momento del primo accesso in DH o ricovero). Il gruppo controllo si colloca prevalentemente (88,10%) attorno al 10°-90° percentile.

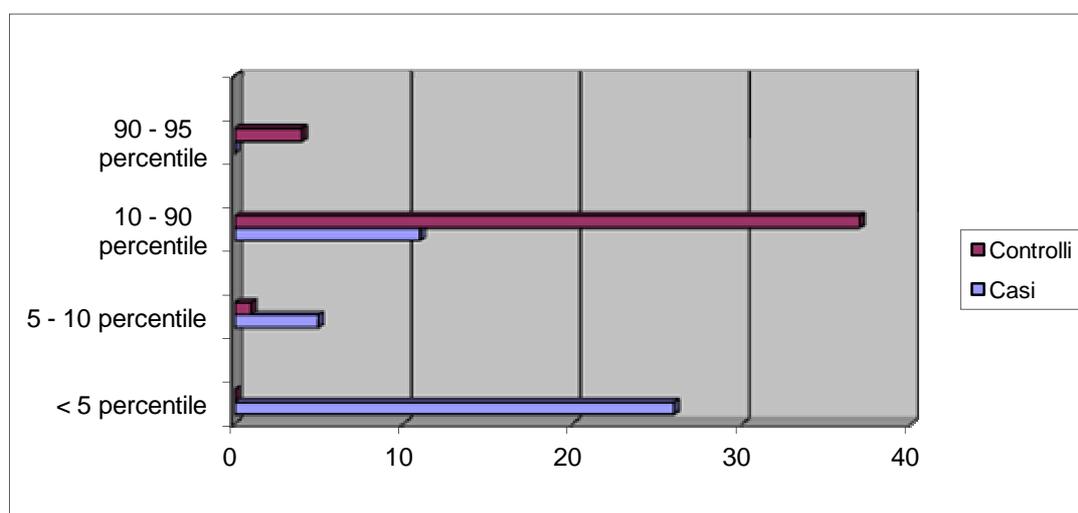


Figura 1: BMI per età (percentili)

Sul totale delle pazienti anoressiche, 29 rientrano, al momento della diagnosi, nel sottotipo "con Restrizioni" (cioè la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno o l'attività fisica eccessiva, senza presentare regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione).

Le rimanenti 13 pazienti rientrano nel sottotipo "con Abbuffate Condotte di Eliminazione" (presenza di abbuffate in genere seguita da condotte di eliminazione attraverso vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici od enteroclistmi; in alcuni casi possono essere assenti le abbuffate e il soggetto mette in atto queste metodiche di eliminazione anche per l'assunzione di modiche quantità di cibo).

Dati clinici e demografici	Caso(n=42)	Controllo(n=42)	P
Età (media -DS)	14.5 (1.52)	14,8 (1.63)	0.354
Lavoro padre: operaio	11 (26.19 %)	9(21,43%)	0.185
Lavoro madre: impiegata	18(42,82%)	22(52,38%)	0.132
Coppie unite	33 (78,57%)	42(100%)	0.016
EDRC			
Normale	23 (54,76%)	39 (92,86%)	<0.001
Border	12(28,57%)	1(2,38%)	
Patologico	7 (16,67%)	2 (4,76%)	

Tabella 1: Dati clinici e demografici

All'EDI-III il 45.25% delle pazienti presentano, alla scala di rischio di disturbo alimentare, punteggi border-patologici riguardo a profonde preoccupazioni relative al cibo e al peso corporeo (Impulso alla magrezza; Bulimia; Insoddisfazione per il corpo).

Tutte le pazienti risultano essere amenorroiche, in 4 casi l'amenorrea è primaria.

Per quanto riguarda l'attività scolastica il 47% delle pazienti, frequenta la scuola media, il restante 53% un liceo (liceo scientifico o classico prevalentemente)

Il gruppo dei genitori delle pazienti consiste in 41 madri (una deceduta) e 42 padri. Le caratteristiche socio-demografiche delle 42 coppie del gruppo sperimentale sono: età dei mariti, (Media=48,26; DS=3.1); età delle mogli, (Media= 45,59; DS=4.20); numero di figli (Media=1,83; DS=0.72); il 42,3% dei mariti e il 67,5% delle mogli ha un diploma di scuola media superiore. Il livello socio-economico è collocabile in un range medio e le professione più rappresentate nei padri sono "operaio" (26,19%), seguita per frequenza da "impiegato" (21,43%) e da "libero professionista" (19,05%).

Le caratteristiche socio-demografiche delle 42 coppie del gruppo controllo sono: età dei mariti, (Media=46,8; DS=3.03); età delle mogli,

(Media=43,8; DS=4.14); numero di figli (Media=2,5; DS=0.92); il 48,75% dei mariti e il 77,5% delle mogli ha un diploma di scuola media superiore. Il livello socio-economico è collocabile in un range medio e le professioni più rappresentate nei padri sono "impiegato" (54,76%), "operaio" (21,43%), seguita per frequenza da "artigiano" e "libero professionista" (7,14%) (fig. 2).

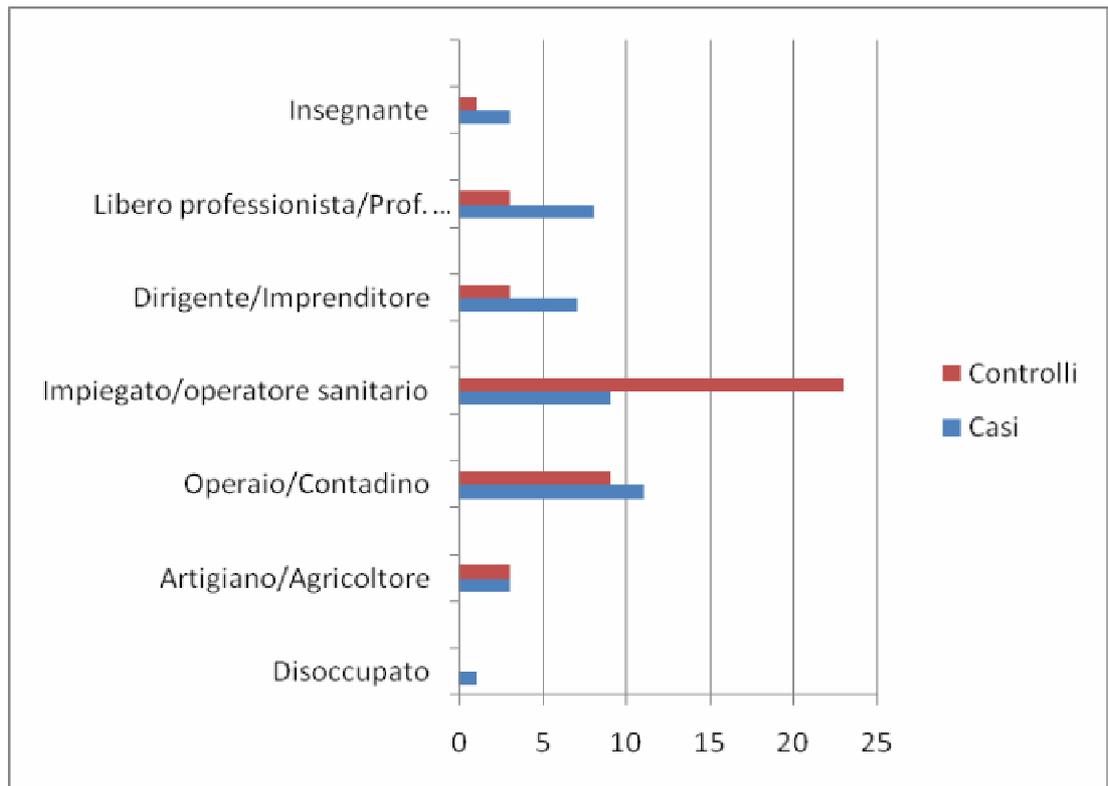


Figura 2: Professione-padre

Nelle madri del gruppo sperimentale, le professioni più rappresentate sono "impiegata/ operatore sanitario" (42,86%), "operaia" (21,43%) e "Libera professionista" (14,29%). Nelle madri del gruppo controllo, le professioni più rappresentate sono "impiegata/ operatore sanitario" (52,38%), "casalinga" (33,33%), "operaia" e "Libero professionista" (4,76%) (fig. 3).

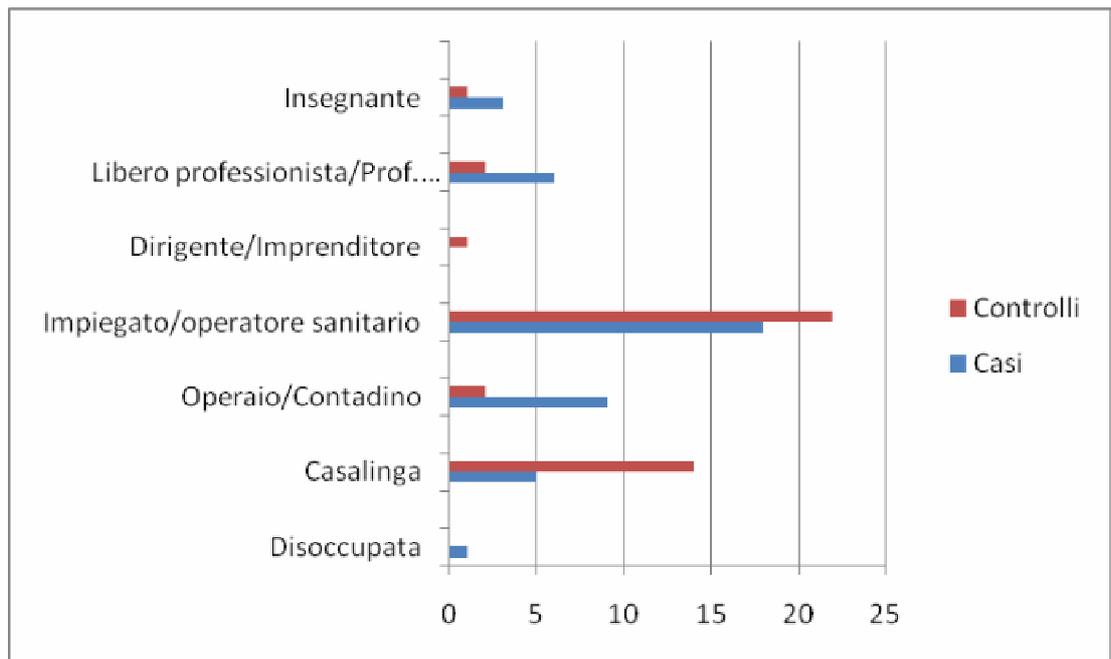


Figura 3: Professione-madre

Nell' 78,57 % dei casi la coppia è coniugata o convivente, mentre tra i controlli il 100% delle coppie risultano coniugate o conviventi.

Le madri hanno un BMI compreso tra 16,99 e 23,53, e nel 19% le madri presentano un disturbo del comportamento alimentare insorto in adolescenza e per 2 casi ancora non risolto. Le madri del gruppo controllo presentano un BMI che oscilla tra il 18,45 e 25,60 e solo il 1,5% ha avuto difficoltà alimentari o disturbo alimentare.

4.2 Risultati del campione

4.2.1 Risultati EDI-III e CDI

Al test CDI il 40,47% delle pazienti del gruppo sperimentale presenta un disturbo depressivo, in accordo con molti studi in letteratura che sostengono una forte comorbidità tra depressione e disturbi del comportamento alimentare (Bachar et al.2008).

Dai dati ottenuti dall'EDI-III emerge come il sottogruppo di pazienti anoressiche risultate depresse al CDI avverta maggiormente la fame come un impulso sovrastante e poco controllabile; è più insoddisfatta del corpo percepito, (oppure ha un maggior grado di dispercezione sentendolo più grasso della realtà), ha una modalità di funzionare dove le sensazioni corporee e le emozioni vengono sentite ma difficilmente riconosciute e presenta infine un maggior senso di inadeguatezza rispetto a capacità dell'Io quali la certezza di prefissarsi delle mete e raggiungerle, il tenere la vita sotto controllo.

Invece il sottogruppo di pazienti anoressiche non depresse (59,53%) sembra sentire la fame come più controllabile (o percepirla con minor intensità), essere più soddisfatta del corpo percepito (e/o avere minor grado di dispercezione del corpo), avere una modalità di funzionare dove le sensazioni corporee e le emozioni vengono meno sentite (e/o una minore incertezza e confusione rispetto a quest'ultime) e infine presentare una maggior fiducia nelle loro capacità di controllo, di prefissarsi mete e raggiungerle e meno dubbi sul proprio valore. Per questo motivo tali pazienti non depresse sono più gravi delle pazienti depresse perché meno critiche rispetto ai sintomi. Tale dato è confermato dal fatto che il sottogruppo di pazienti Anoressiche senza depressione presenta un valore assoluto di BMI (>5 percentile) minore delle pazienti anoressiche depresse. Questo sembra in accordo con i risultati della letteratura (Miyasaka et al., 2003) che riporta nelle pazienti che hanno avuto un maggior calo del BMI, un minor grado di patologia depressiva. Infatti nella prospettiva del funzionamento dinamico le anoressiche senza

depressione presentano dei meccanismi difensivi più massicci e potrebbero essere considerate più gravemente compromesse. In queste pazienti il defedamento corporeo potrebbe essere vissuto come una ulteriore conferma del loro trionfo sulla fame e sulle sensazioni corporee e della loro fiducia nelle loro capacità di controllo, raggiungere mete e sul proprio valore.

Per quanto concerne il gruppo controllo, il 2,38% presenta un disturbo depressivo e a differenza del gruppo sperimentale non si evidenzia nessuna specificità o caratteristica correlabile ai punteggi ottenuti all'EDI-III e differenze tra questo sottogruppo e quello di soggetti senza depressione.

I punteggi all'EDI-III delle ragazzine anoressiche, sembrano influenzati dalla comorbilità depressiva e i due gruppi (anoressiche depresse e non depresse), a parità di dimagrimento corporeo, presentano un diverso tipo di funzionamento psichico che riguarda la percezione, il riconoscimento e la gestione sia della immagine psichica del corpo sia delle sensazioni che provengono da esso.

4.2.2 Risultati BDI

Il test BDI dei padri del gruppo dei casi ha mostrato delle differenze che risultano essere statisticamente significative ($P < 0.001$) per il fattore cognitivo (tab. 2).

Fattore cognitivo (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°41)	Totale
Normal	17	36	53
	42.50	87.80	
Border	14	5	19
	35.00	12.20	
Pathol	9	0	9
	22.50	0.00	

Tabella 2 Fattore cognitivo-padre

Fattore somatico affettivo (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°41)	Totale
Normal	25	35	60
	62.50	85.37	
Border	6	3	9
	15.00	7.32	
Pathol	9	3	12
	22.50	7.32	

Tabella 3 Fattore somatico_affettivo-padre

Come si può osservare nella tabella 3, il 22,50% dei padri dei casi mostrano punteggi patologici del fattore somatico-affettivo contro il 7,32% dei padri del gruppo controllo ($P=0.0745$).

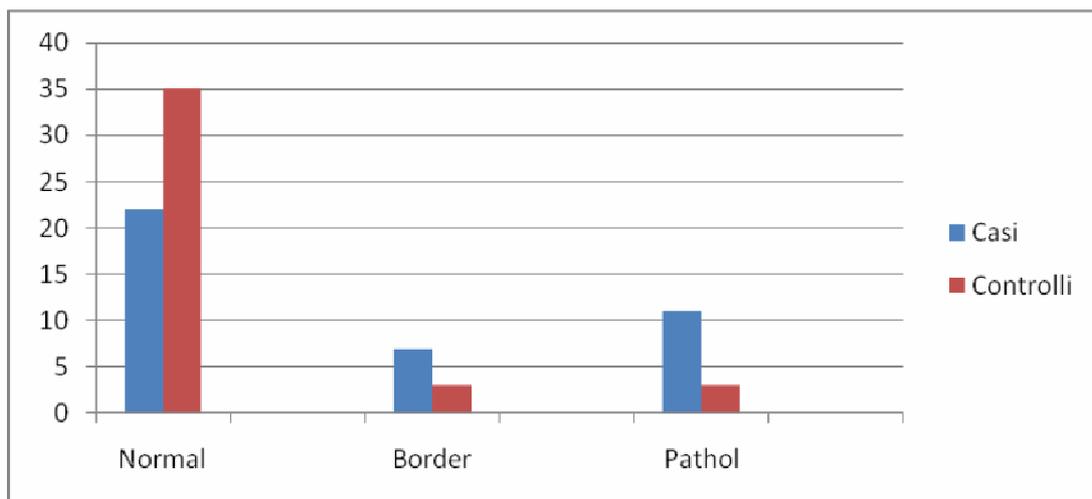


Figura 4: Punteggi nella scala BDI dei due gruppi sperimentale e controllo

La figura 4 mostra come i padri delle pazienti anoressiche presentino una sintomatologia depressiva ($P=0.0101$), a conferma della presenza di disturbi psicopatologici, che sembra sottolineare una certa vulnerabilità.

I punteggi delle madri delle pazienti risultano statisticamente significative ($P<0.001$) sia alla scala del fattore cognitivo sia alla scala del fattore somatico-affettivo (tab. 4-5).

Fattore cognitivo (Frequenza Pct col)	Casi (N°41)	Controlli (N°42)	Totale
Normal	12 29.27	35 83.33	47
Border	8 19.51	4 9.52	12
Pathol	21 51.22	3 7.14	24

Tabella 4 Fattore cognitivo-madre

Fattore somatico_affettivo (Frequenza Pct col)	Casi (N°41)	Controlli (N°42)	Totale
Normal	17 41.46	33 78.57	50
Border	18 43.90	9 21.43	27
Pathol	6 14.63	0 0.00	6

Tabella 5 Fattore somatico_affettivo-madre

Le madri del gruppo sperimentale presentano una associazione significativa ($P < 0.001$) per la scala totale del BDI evidenziando una depressione che sembra essere rappresentante, soprattutto, di problematiche riguardante le perdite o i lutti.

4.2.2.1 Analisi del gruppo delle figlie e confronto con il gruppo dei genitori

Inoltre si è proceduto a verificare se la presenza di disturbo depressivo nelle figlie anoressiche fosse associato a sintomatologia depressiva nei genitori.

CDI (Frequenza Pct col)	BDI_PD_tot			Totale
	Normal	Border	Pathol	
Normal	48 84.21	6 60.00	6 42.86	60
Border	3 5.26	0 0.00	1 7.14	4
Pathol	6 10.53	4 40.00	7 50.00	17
Totale	57	10	14	81

Tabella 6 Punteggi della scala CDI delle figlie in relazione coi punteggi della scala BDI del padre

CDI (Frequenza Pct col)	BDI_MD_tot			Totale
	Normal	Border	Pathol	
Normal	44 88.00	13 68.42	5 35.71	62
Border	1 2.00	3 15.79	0 0.00	4
Pathol	5 10.00	3 15.79	9 64.29	17
Totale	50	19	14	83

Tabella 7 Punteggi della scala CDI delle figlie in relazione coi punteggi della scala BDI della madre

La tabella 6 mostra come i padri del gruppo dei casi, affetti da depressione, siano associati statisticamente ($P = 0.0047$) alle figlie che presentano depressione. Inoltre risulta evidente una associazione altrettanto significativa tra madre con depressione e figlia anoressica con depressione ($P < 0.001$) (tab. 7).

4.2.3 Risultati DAS

Hanno acconsentito a compilare la DAS 42 madri e 39 padri del gruppo sperimentale; 40 madri e 41 padri del gruppo controllo.

I risultati del nostro campione hanno evidenziato che i padri risultano avere nel 10,26% dei casi un scarso consenso rispetto all'assenza nel gruppo controllo.

Sussiste una debole significatività tra i due gruppi, e i padri del gruppo sperimentale presentano un basso grado di accordo (tab.8) riguardo questioni di vita quotidiana quali la religione, amici, gestione delle finanze familiari ($P=0.0535$).

CONSENSO (Frequenza Pct col)	Casi (N°39)	Controlli (N°41)	Totale
Low	4 10.26	0 0.00	4
Normal	33 84.62	35 85.37	68
High	2 5.13	6 14.63	8

Tabella 8 Consenso-padre

I punteggi alla scala della soddisfazione diadica indica che il 100% dei mariti e delle mogli di entrambi i gruppi risultano essere insoddisfatti dello stato del rapporto coniugale riguardo ai litigi, al piacere o meno di stare insieme ed eventuali pensieri relativi al divorzio o alla separazione.

La scala dell'adattamento diadico mostra che il 35,90% dei padri con figlie anoressiche hanno un scarso disaccordo e una difficoltà nell'accomodamento come comportamento volto a ridurre i conflitti tra i partners, rispetto al 26,83% dei padri del gruppo controllo.

Nella sottoscala del consenso (tab.9) le mogli dei casi mostrano che il 20% presenta punteggi inferiori rispetto alle mogli del gruppo controllo, evidenziando uno scarso grado di condivisione delle attività e degli interessi sia all'interno che all'esterno dell'ambiente. Tale differenza è significativa (P=0.0024).

CONSENSO (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°42)	Totale
Low	8 20.00	0 0.00	8
Normal	31 77.50	39 92.86	70
High	1 2.50	3 7.14	4

Tabella 9 Consenso-madre

Nella sottoscala della coesione (tab. 10) le mogli del gruppo dei casi mostrano nel 25% dei casi di possedere una scarsa coesione nel condividere attività e interessi comuni.

COESIONE (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°42)	Totale
Low	10 25.00	4 9.52	14
Normal	27 67.50	34 80.95	61
High	3 7.50	4 9.52	7

Tabella 10 Coesione-madre

Nel 22,5% le mogli del gruppo sperimentale mostrano di essere incapaci ad esprimere i propri sentimenti e affetti all'interno della coppia, attraverso uno scarso coinvolgimento emotivo (tab. 11).

ESPRESSIONE (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°42)	Totale
Low	9 22.50	6 14.29	15
Normal	31 77.50	36 85.71	67

Tabella 11 Espressione-madre

La tabella 12 mostra che il 45% delle mogli dei casi presenta una bassa soddisfazione sessuale e relazionale con il partner rispetto alle mogli del gruppo controllo (P=0.0079).

DAS (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°42)	Totale
Low	18 45.00	7 16.67	25
Normal	22 55.00	35 83.33	57

Tabella 12 Punteggio totale-madre

4.2.3.1 Confronto tra punteggi dei genitori alla DAS e punteggi delle pazienti alle scale dell'EDI-III

Nella tabella 13 si può osservare una significativa associazione (P=0.0186) tra i padri che mostrano un punteggio patologico alla scala totale della DAS (scala di adattamento diadico), quindi insoddisfatti della relazione coniugale e le figlie con punteggio patologico alla scala di rischio di disturbo alimentare mentre i padri soddisfatti mostrano una prevalenza di figlie con punteggio EDRC normale.

EDRC Frequenza Pct col	DAS_TOTALE_PADRE		
	Low	Normal	Totale
Normal	15 60.00	44 80.00	59
Border	4 16.00	9 16.36	13
Pathol	6 24.00	2 3.64	8

Tabella 13 Punteggi della scala EDRC delle figlie in relazione coi punteggi della scala DAS del padre

I padri riportano nel 28% dei casi una relazione disturbata e una incapacità ad adattarsi ai cambiamenti e si può osservare una associazione significativa ($p=0.0053$) con le figlie che possiedono un punteggio patologico alla scala riguardante il disadattamento psicologico(GPMC1) (tab.14).

GPMC1 Frequenza Pct col	DAS_TOTALE_PADRE		
	Low	Normal	Totale
Normal	17 68.00	46 83.64	63
Border	1 4.00	7 12.73	8
Pathol	7 28.00	2 3.64	9

Tabella 14 Punteggi della scala GPMC delle figlie in relazione coi punteggi della scala DAS del padre

Le madri non presentano altrettante differenze significative tra i punteggi alla DAS e i punteggi delle figlie all'EDI-III.

4.2.4 Risultati FACES

Le famiglie del gruppo sperimentale sono distribuiti equamente tra i due estremi del grado di adattabilità (tab.15): il 35,90% sono "famiglie rigide" caratterizzate da una certa rigidità nella suddivisione dei ruoli e una scarsa tendenza al cambiamento; il 35,90% sono "famiglie strutturate" che mostrano buoni livelli di funzionamento delle dinamiche familiari.

La dimensione della coesione (tab.16) mostra punteggi che si collocano ai due livelli estremi della scala: nel 25,64% appaiono famiglie disimpegnate cioè caratterizzate da scarsi legami affettivi, confini tra membri e scarsi legami amicali; il 41,03% sono "famiglie connesse", contraddistinte da buoni legami affettivi. Le famiglie del gruppo controllo si collocano all'interno del range separato-connesso, proprio di un livello di funzionamento familiare adeguato. Tali differenze sono significative ($P=0.0128$).

ADATTABILITA' (Frequenza Pct col)	Casi (N°39)	Controlli (N°41)	Totale
Rigido	14 35.90	14 34.15	28
Strutturato	14 35.90	12 29.27	26
Flessibile	10 25.64	15 36.59	25
Caotico	1 2.56	0 0.00	1

Tabella 15 Adattabilità

COESIONE (Frequenza Pct col)	Casi (N°39)	Controlli (N°41)	Totale
Disimpegnato	10 25.64	1 2.44	11
Separato	9 23.08	10 24.39	19
Connesso	16 41.03	20 48.78	36
Invischiato	4 10.26	10 24.39	14

Tabella 16 Coesione

Dalla combinazione di questi due dimensioni si sono ottenuti 16 tipi familiari. Le famiglie del gruppo sperimentale si distribuiscono nei seguenti tipi di famiglie: il 17,95% sono strutturalmente connesse, il 15,38% sono rigidamente disimpegnate e il 10,26% si collocano nei livelli medi del modello.

Le famiglie del gruppo sperimentale sono prevalentemente famiglie bilanciate o intermedie e non si discostano dai punteggi ottenuti dal gruppo controllo in modo significativo, tranne che per una discreta presenza di famiglie estreme (Casi=15,38% vs Controlli=2,44%).

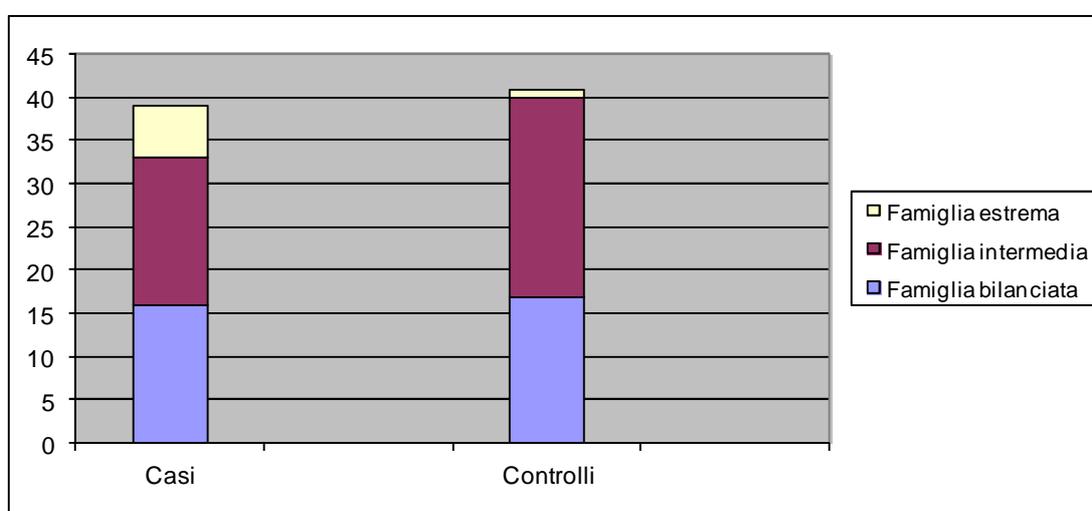


Figura 5 Punteggi totali alla FACES della famiglia

Infine si è osservato che i genitori che presentano modelli familiari patologici si associano a figlie con anoressia, al contrario genitori con modelli normali si associano a figlie non patologiche ($p=0.0074$).

EDRC	FACES			Totale
	Famiglia bilanciata	Famiglia intermedia	Famiglia estrema	
Normal	25 75.76	33 82.50	2 28.57	60
Border	6 18.18	2 5.00	4 57.14	12
Pathol	2 6.06	5 12.50	1 14.29	8

Tabella 17 Punteggi della scala EDRC delle figlie in relazione coi punteggi della scala FACES

4.2.4.1 Analisi del gruppo genitori delle pazienti e confronto con i genitori del gruppo controllo

Si è proceduto alla valutazione delle dinamiche familiari a partire dai punteggi ottenuti dai test della coppia.

Per quanto riguarda la dimensione della coesione (tab.18): il 38,46% rappresentano "famiglie connesse", caratterizzate da legami emotivi intensi; il 15,38% risultano essere "famiglie disimpegnate" in cui il grado di coesione è molto basso e i legami affettivi tra i membri sono scarsi. Le differenze tra i punteggi non sono statisticamente significative.

Una buona percentuale (23,08%) di genitori mostra un basso grado di coesione caratterizzata da invischiamento, inteso come situazione in cui la delimitazione dei ruoli all'interno della famiglia e il riconoscimento dell'altro sono deficitari.

COESIONE PD-MD (Frequenza Pct col)	Casi (n°39)	Controlli (n°41)	Totale
Disimpegnato	6 15.38	1 2.44	7
Separato	9 23.08	6 14.63	15
Connesso	15 38.46	18 43.90	33
Invischiato	9 23.08	16 39.02	25

Tabella 18 Coesione-madre e padre

Per quanto riguarda la dimensione dell'adattabilità (tab.19): il 33,33% delle famiglie dei casi risultano essere "famiglie strutturate", mentre il 30,77% dei casi sono "famiglie rigide" in cui la leadership è autoritaria, la divisione dei ruoli è rigida ed è scarsa la propensione al cambiamento.

ADATTABILITA' PD-MD (Frequenza Pct col)	Casi (n°39)	Controlli (n°41)	Totale
Rigido	12 30.77	13 31.71	25
Strutturato	13 33.33	10 24.39	23
Flessibile	11 28.21	12 29.27	23
Caotico	3 7.69	6 14.63	9

Tabella 19 Adattabilità-madre e padre

Dall'intersezione delle due dimensioni (coesione e adattabilità) si è riscontrato che il 17,95% sono famiglie con un funzionamento flessibilmente connesso, il 12,82% sono famiglie con un funzionamento strutturalmente invischiato e il 10,26% famiglie rigidamente disimpegnate.

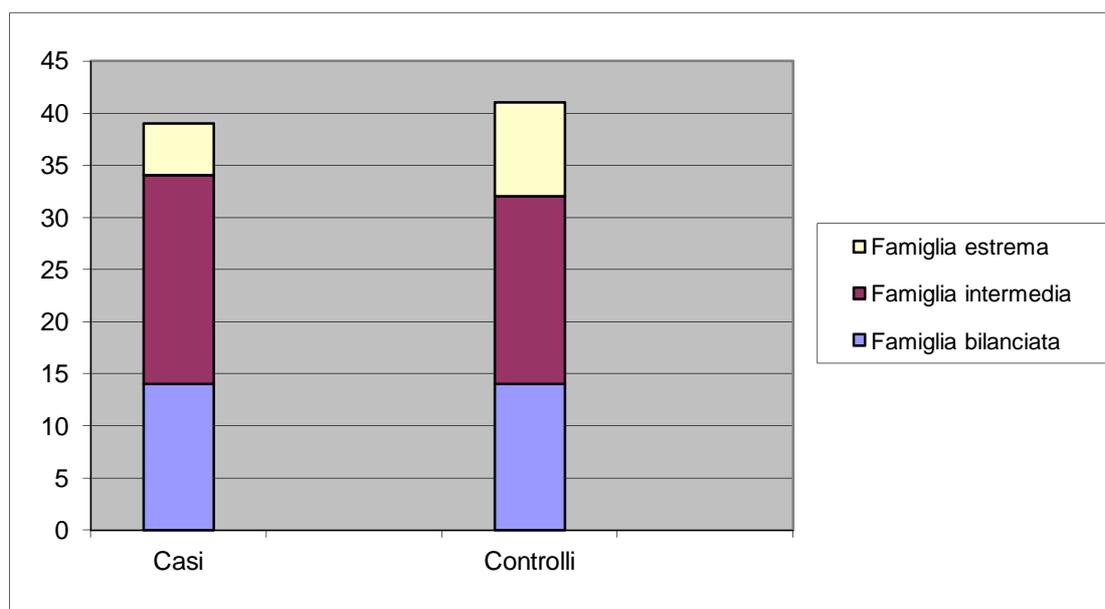


Figura 6 Punteggi totali alla scala FACES della coppia

Come si può osservare dalla figura 6, le famiglie del gruppo sperimentale si caratterizzano per essere famiglie prevalentemente intermedie (51,28%), cioè famiglie in cui non si evincono evidenti emergenze sintomatiche.

4.2.5 Risultati BFQ

Alla scala della stabilità emotiva (tab.20), le mogli del gruppo dei casi mostrano una evidente significatività statistica ($P < 0.001$): il 75,61% risulta possedere aspetti di difficoltà emotiva nel senso che appaiono più ansiose e provviste di una instabilità dell'umore e di una certa irritabilità.

STABILITA' EMOTIVA_MD (Frequenza Pct col)	Casi (N°41)	Controlli (N°42)	Totale
Normal	10 24.39	0 0.00	10
Pathol/Border	31 75.61	42 100.00	73

Tabella 20 Stabilità emotiva-madre

Alla scala dell'amicalità (tab.21), i mariti nel 65% dei casi risultano in difficoltà nel prendersi cura e nel dare supporto emotivo e mostrano ostilità e indifferenza verso gli altri, rispetto al gruppo controllo ($P = 0.0146$).

AMICALITA'_PD (FrequenzaPct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°41)	Totale
Normal	14 35.00	26 63.41	40
Pathol/Border	26 65.00	15 36.59	41

Tabella 21 Amicalità-padre

Alla scala della coscienziosità (tab.22), la mancanza di precisione e accuratezza, l'affidabilità e la responsabilità sembrano essere tratti caratteriali che differenziano i padri del gruppo dei casi dal gruppo controllo con una debole associazione ($P = 0.0763$).

COSCIENZIOSITA' PD (Frequenza Pct col)	Casi (N°40)	Controlli (N°41)	Totale
Normal	17 42.50	26 63.41	43
Pathol/Border	23 57.50	15 36.59	38

Tabella 22 Coscienziosità-padre

4.2.6 Regressione logistica univariata e multivariata

Dall'analisi di regressione univariata emergono che gli aspetti relativi alla coppia genitoriale che si associano significativamente alla psicopatologia anoressica delle figlie siano i seguenti:

a. DAS MADRE

- Madri con un basso grado di adattamento diadico, quindi che mostrano di possedere la percezione di una scarsa qualità di coppia (OR=1,88; P=0.0171).

b. BFQ PADRE

- Padri con punteggi patologici alla scala dell'Amicalità, cioè che hanno difficoltà nel prendersi cura e nel dare supporto emotivo e mostrano ostilità e indifferenza verso gli altri (OR=1,79; P=0.0117);
- Padri con punteggi patologici alla scala della Coscienziosità cioè che presentano mancanza di precisione e accuratezza, affidabilità e responsabilità (OR=1,53;P=0.0613);

c. BDI PADRE

- Padri con punteggi patologici alla due sottoscale del BDI sia per il fattore cognitivo (OR=3,12; P<.0001) sia per il fattore somatico-affettivo (OR=1,87; P=0.0226);
- Padri con punteggi patologici alla scala totale della depressione (OR=2,18; P=0.0041);

d. BDI MADRE

- -Madri con punteggi patologici alla due sottoscale del BDI sia per il fattore cognitivo (OR=3,48; P<,0001), sia per il fattore somatico-affettivo (OR=2,27; P=0.0008);
- -Madri con sintomatologia depressiva (OR=2,27; P=0.0008).

L'analisi di regressione multivariata (tab.23) mostra che i fattori che sembrano influire in modo statisticamente significativo sull'insorgenza di anoressia e che possono ritenersi correlati sono: gli aspetti depressivi patologici del padre e della madre, mentre si osserva una debole associazione con l'amicalità del padre, che potrebbe risultare significativa in uno studio con una numerosità più ampia.

Analisi delle stime di massima verosimiglianza							
Parametro		DF	Stima	Errore standard	Chi-quadrato Wald	Pr> ChiQuadrato	Exp Stima
BFQ_(A)_Pd	Pathol/B order	1	0.5478	0.3037	3.2531	0.0713	1.729
	VS						
	Normal						
BDI_ Pd	Pathol/B order	1	0.8872	0.3352	7.0073	0.0081	2.428
	VS						
	Normal						
BDI_ Md	Pathol/B order	1	1.1256	0.3158	12.7079	0.0004	3.082
	VS						
	Normal						

Tabella 23 Fattori correlati tra genitori e sviluppo dell'anoressia

4.3 Analisi dei colloqui

Dai colloqui è emerso, come documentato dalla letteratura psicoanalitica in materia, che sul piano fenomenologico le famiglie sembrano rientrare in un ambito di "normalità" e raramente i genitori mostrano una chiara psicopatologia clinica.

Tuttavia nella storia pregressa del nostro campione il 29,27 % delle madri ha presentato un disturbo dell'umore e/o un disturbo fobico-ossessivo. Il 2,44% dei padri ha presentato un disturbo dell'umore o disturbo di personalità o disturbo di abuso di sostanze.

Nella tabella 24, si può osservare come vi sia un quadro sintomatologico pregresso sia nel padre sia nella madre ($P=0.0032$; $K=0.3984$).

	PSICOPATOLOGIA_MD No	PSICOPATOLOGIA_MD Si	Totale
PSICOPATOLOGIA_PD No	17 41.46	12 29.27	29 70.73
PSICOPATOLOGIA_PD Si	1 2.44	11 26.83	12 29.27

Tabella 24 Psicopatologia

Le coppie sono apparse unite e apparentemente armoniose (tranne 8 casi di coppie separate e 1 caso di coppia con vedovo), mostrando una certa conflittualità più mascherata che risultava più evidente nel corso dell'approfondimento clinico.

La malattia e i sintomi che la figlia presenta sono nell' 78% (tab. 25) dei casi ritenuti dai genitori come imprevedibili "un fulmine a ciel sereno", qualcosa che assume un carattere di catastrofe, che comporta per tutta la famiglia una riorganizzazione e la figlia che presenta il disturbo anoressico assume dopo la comparsa dei sintomi uno status privilegiato di "figlio unico", spesso vissuto dai genitori anche come un tiranno. Tale

aspetto risulta essere concorde in maniera significativa tra le madri e padri ($P < .0001$; $K = 0.8453$).

	SINTOMI PREVEDIBILI_MD		Totale
	No	Si	
SINTOMI PREVEDIBILI_PD	32	2	34
No	78.05	4.88	82.93
SINTOMI PREVEDIBILI_PD	0	7	7
Si	0.00	17.07	17.07

Tabella 25 Sintomi prevedibili

Ciò che risulta improvvisamente dirompente e non prevedibile si associa ad un senso di estraneità rispetto alla malattia delle figlie: "non sappiamo cosa sia capitato a nostra figlia, andava tutto bene". La figlia, che veniva vissuta come pronta e capace ad adattarsi a qualunque situazione, ora mette a dura prova l'investimento narcisistico di cui è stata sempre oggetto, e diventa per i genitori la testimonianza vivente della loro impotenza e determina più o meno in tutti il senso di essere "cattivi genitori". La malattia inoltre sembra esordire proprio in un momento potenzialmente critico per l'equilibrio della coppia, ad esempio in occasione di un lutto o di una gravidanza o di cambiamenti che possono minacciare uno status quo condiviso (una moglie insoddisfatta del proprio ruolo di casalinga dedita agli altri che intraprende una carriera lavorativa). Inoltre molti dei nostri genitori provano sensi di colpa e vedono come "inguaribili" le loro figlie. Raccontano della propria frustrazione, della mancanza di aiuto, e la sensazione di essere manipolati. Tali difficoltà sono riscontrabile nell'assumere un ruolo genitoriale fermo e consapevole; spesso si sentono sopraffatti e in balia delle loro figlie. Nella tabella 26, il 48,78% dei padri e delle madri riferiscono di non riuscire a sentirsi in grado di sostenere le figlie nella crescita ($P = 0.0058$; $K = 0.3941$).

	GENITORIALITA' MATURA_MD	GENITORIALITA' MATURA_MD	Totale
	No	Si	
GENITORIALITA' MATURA_PD	20	2	22
No	48.78	4.88	53.66
GENITORIALITA' MATURA_PD	10	9	19
Si	24.39	21.95	46.34

Tabella 26 Genitorialità Matura

Nelle coppie del nostro campione la scelta di partner (tab. 27) è anti-libidica (59,52%), ossia anaclitica (protettiva per il sé), che nasce dalla rinuncia al legame libidico con un oggetto d'amore primario, sia per le mogli che per mariti ($P < .0001; K = 1.000$). Le mogli raccontano di un rapporto genitoriale in cui la propria madre, rigida e distante, attaccava il legame con il proprio padre, quindi appare inficiata la possibilità di stabili relazioni con un uomo; per i mariti l'oggetto materno è idealizzato e mantengono con essa un legame di fusione; il legame con il padre è sentito come assente o eccessivamente castrante.

	SCELTA LIBIDICA_MD	SCELTA LIBIDICA_MD	Totale
	No	Si	
SCELTA LIBIDICA_PD	25	0	25
No	59.52	0.00	59.52
SCELTA LIBIDICA_PD	0	17	17
Si	0.00	40.48	40.48

Tabella 27 Scelta libidica

Spesso si riscontrano nel racconto di come e quando si è costituita la loro coppia e il ruolo che in questo hanno avuto esperienze di perdita di persone significative (morte o grave malattia di uno dei due genitori o di entrambi), coinvolte in un legame primario carico di ambivalenza (44,44% dei casi). In particolare i lutti più frequenti sono quelli materni. Presenti sono le esperienze di deprivazione materna e/o paterna (42% dei casi).

In alcuni casi queste coppie, desiderando più figli, non sono riusciti ad averli (11% dei casi), e le figlie con Anoressia sono nel 28% figlie uniche o sono concepite inaspettatamente a distanza di molti anni dal primo figlio.

In queste coppie i partner hanno difficoltà a modificare le reciproche identificazioni proiettive. Sono coppie che mostrano (60.98%) una certa "ansia di separazione" (tab. 28), in cui il cambiamento è vissuto a livelli profondi come tradimento e abbandono.

Nel nostro campione tale caratteristica è riscontrabile in entrambi i partner che concordano significativamente ($P < .0001$; $K = 0.8401$).

	ANSIA di SEPARAZIONE_ MD Si	ANSIA di SEPARAZIONE_ MD No	Totale
ANSIA di SEPARAZIONE_ PD	25	2	27
Si	60.98	4.88	65.85
ANSIA di SEPARAZIONE_ PD	1	13	14
No	2.44	31.71	34.15

Tabella 28 Ansia di Separazione

	SODDISFAZIONE_ MD No	SODDISFAZIONE_ MD Si	Totale
SODDISFAZIONE_ PD	32	1	33
No	78.05	2.44	80.49
SODDISFAZIONE_ PD	1	7	8
Si	2.44	17.07	19.51

Tabella 29 Soddisfazione

Il 43,90% delle coppie totali ha riferito di avere una vita sessuale caratterizzata da aspetti di indifferenza e appare non avere necessità di trovare degli spazi di intimità ($P < .0001$; $K = 0.6077$).

Come mostra la tabella 29, il 78,05% delle coppie riferiscono una profonda insoddisfazione riguardo alla relazione; sia le mogli che mariti concordano significativamente per tale fattore ($P < .0001$; $K = 0.8447$), confermato anche nella DAS.

Nel nostro campione è stato possibile individuare tra le coppie prese in esame due grandi gruppi:

- a.** Il primo gruppo (57,14%) è costituito da coppie che sono caratterizzate da una collusione inconscia, dove gli aspetti femminili del marito sono complementari a quelli maschili della moglie. La scelta di partner è apparsa sia antilibica che libidica. Le mogli di tali coppie presenta aspetti "fallici" caratterizzati da assetti in cui l'elemento maschile predomina e sono donne che si occupano della gestione della famiglia e che intervengono prevalentemente nelle decisioni riguardo ai figli e alle economie domestiche. Esse riferiscono di aver avuto una relazione difficile con la propria madre, descritta come distante, a volte emotivamente irraggiungibile, in genere religiosamente devota, che imponeva rigidi standards morali, tra i quali quelli riguardanti la sessualità. Il proprio padre invece viene descritto come "padre buono", affettuoso, ma poco in grado di proteggerle dall'intrusione materna. I mariti risultano essere per così dire più materni: sembrano vicariare le cure primarie, occupandosi dell'accudimento della prole "mentre mia moglie era al lavoro mi piaceva cambiare i pannolini o preparare il cibo a mia figlia". Questo assetto di "maternalizzazione" dei padri sembra essere la risultante di una debole identificazione maschile e di una prevalente identificazione femminile, che si accompagna ad un apprezzamento difensivo della mascolinità della figlia, nella forma ad esempio di favorire e condividere l'investimento in attività o attitudini maschili.

- b.** Le seconde (42,85%) sono coppie che appaiono unite e che tendono a mostrare all'esterno una buona immagine come volessero rieditare le rispettive famiglie di origine o all'opposto una loro edizione bonificata, dalle quali nessuno dei due genitori sembra essersi realmente separato. Queste coppie si propongono come fossero una unità e il terzo viene escluso dalla relazione in quanto minaccia alla fusione. Percepiscono entrambi il colloquio o la compilazione dei test proposti

con vissuti di tipo persecutorio, come se si sentissero accusati di "non essere dei bravi genitori" ed enfatizzano gli aspetti positivi del loro rapporto di coppia e dei rapporti familiari, tendendo a normalizzare la situazione "siamo sempre stati una famiglia felice e normale". Le signore presentano aspetti di rigidità e perfezionismo, mostrando un funzionamento caratterizzato da un senso di inadeguatezza e dalla necessità di ruolo di "martire" nella famiglia. I mariti, in accordo con la letteratura, si presentano in genere come padri passivi, "periferici", più "accomodanti" delle mogli a favore dell'"armonia", poco presenti nella vita familiare per un iperinvestimento nella loro professione, fonte in genere di soddisfazione. Tendono ad evitare i conflitti e durante il colloquio tendono a rispondere prevalentemente a domande dirette, e spesso si conformano a quanto riferito dalla moglie.

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo studio si proponeva, a partire dai colloqui e dalle valutazioni testali di verificare se fosse possibile identificare una qualità della relazione di coppia dei genitori di ragazze anoressiche da mettere in relazione con la presenza del disturbo alimentare nelle figlie in senso patogenetico. Gli studi recenti in letteratura (Canals, 2009; Espina 2003) hanno segnalato caratteristiche psicopatologiche paterne o materne presenti nei genitori di figli con disturbo del comportamento alimentare, ma mancano studi sulla coppia e sulle eventuali relazioni tra disturbo delle figlie e assetti personologici dei genitori.

Il primo dato che si evidenzia in questo studio è la discordanza tra la gravità della patologia delle figlie e la patologia dei genitori, spesso minore e discreta. Infatti, come documentato dalla letteratura psicoanalitica in materia, sul piano fenomenologico le coppie sembrano rientrare in un ambito di "normalità" (Laporte, 2001); raramente i genitori mostrano una chiara psicopatologia clinica (Cook-Darsenz, 2005). Nel gruppo campione sono presenti il 12,82% di famiglie estreme (cioè con un funzionamento disfunzionale) contro il 21,95% nel gruppo controllo.

Le coppie sono apparentemente armoniose, altre più conflittuali, ma in genere si tratta di coppie "asintomatiche". Tale fattore riguardante l'aspetto "asintomatico" di tali coppie è riscontrabile nella FACES i cui punteggi mettono in luce una costellazione familiare composta prevalentemente da famiglie bilanciate o intermedie (quindi equilibrate) e non si discostano dai punteggi ottenuti dal gruppo controllo in modo significativo.

Come abbiamo già descritto nel capitolo dei risultati le coppie prese in esame, pur caratterizzandosi per un diverso legame collusivo che determina dei ruoli reciprocamente differenti tra i due membri, possono essere considerate unitariamente per le caratteristiche della scelta del partner. Come indicato da Dicks, infatti, nella scelta antilibidica del partner, presente nel 59,52% dei due gruppi, operano vari fattori interni inconsci che tendono a evitare i processi maturativi e a negare sentimenti

di distacco. Infatti la scelta antilibidica testimonia da un lato l'aspetto difensivo dei propri investimenti e dei propri sentimenti, dall'altro la necessità di mantenere una coesione che possa essere funzionale ad evitare le angosce di perdita. Tale coesione ha lo scopo di stabilizzare il sé e di soddisfare bisogni regressivi primari, anziché cercare una pienezza di realizzazione dei propri desideri, sentita come potenzialmente a rischio della propria sicurezza. Il legame si basa su una posizione emotiva in cui i conflitti e le differenze vengono negati.

Accanto all'alto numero di scelte antilibidiche del partner, un altro aspetto comune riscontrabile nelle nostre coppie è il costituirsi della coppia attorno a lutti importanti o a storie protratte di deprivazione nella loro infanzia. Tali eventi di vita attorno a cui si assesta la coppia sono costituiti prevalentemente dalla presenza di diversi lutti, cioè esperienze di perdita di persone significative (morte o grave malattia di uno dei due nonni paterni o materni o di entrambi), coinvolte in un legame primario carico di ambivalenza (90% dei casi); in particolare i lutti più frequenti sono quelli materni e l'evento più frequente per entrambi è la morte della figura paterna (60% dei casi). Una quota considerevole di tali coppie, nell'ambito del colloquio clinico hanno riferito importanti perdite genitoriali come se fossero ancora attuali. In alcuni di questi casi si è osservato un vissuto luttuoso di traumi legati ai lutti dei rispettivi genitori (trauma transgenerazionale).

La qualità di coppia appare improntata allo "stare uniti"; la presenza, nella storia di entrambi i coniugi, di esperienze di deprivazione e lutti e quindi i processi depressivi sembrano essere "compensati" almeno in parte dalla relazione con l'altro partner all'interno della collusione inconscia di coppia.

Un altro dato significativo ($P < .0001$) che è interpretabile nello stesso senso, è quello dell'ansia di separazione presente nel 60,98% delle coppie del nostro campione. Questo aspetto porta difensivamente a negare come potenzialmente evolutivi i cambiamenti e tende all'interno della coppia a mantenere uno status quo relazionale. Esso si basa sul non riconoscimento dell'altro come portatore di differenze, ma al contrario esclusivamente come conferma dei propri bisogni dei propri

modi di sentire o di pensare. Questo fa sì che la fisiologica trasformazione del rapporto di coppia nel corso del tempo sia poco sentita in queste coppie, che invece sentono, come altamente traumatici, i cambiamenti di vita. Essi tendono a raccontare di un break tra un prima dell'evento e un dopo in cui tutto non si sa come si è modificato, rendendoli increduli e impotenti (ad esempio raccontando della malattia della figlia, mostrano di doversi giustificare come se si sentissero accusati di "non essere dei bravi genitori" ed enfatizzano i lati positivi del loro rapporto di coppia e dei rapporti familiari in genere: "siamo sempre andati d'accordo, siamo una famiglia normale, che ha sempre vissuto nell'armonia").

Ciò che è emerso dai dati dei test (il basso grado di coesione, la discrepanza tra famiglia ideale e reale) descrive la confusione dei ruoli e il non riconoscimento dell'altro, in un altro modo rispetto a ciò che l'assetto difensivo unitario nasconde e che invece viene in evidenza nei colloqui.

Infatti alla scala DAS il nostro campione ha presentato elevati punteggi, in particolare nella sottoscala della soddisfazione diadica, segnalando che il 100% delle coppie risulta possedere una bassa soddisfazione dello stato del rapporto coniugale in merito ai litigi, al piacere o meno di stare insieme ed eventuali pensieri relativi al divorzio o alla separazione.

In aggiunta i dati hanno messo in rilievo un basso grado di accordo tra i membri della coppia riguardo a questioni di vita quotidiana. Le mogli con un basso grado di adattamento diadico, mostrano di possedere una scarsa qualità di coppia ($P=0,0171$), aspetto riscontrato anche per i mariti, ma non in modo statisticamente significativo.

Le mogli del gruppo campione presentano uno scarso grado di condivisione delle attività e degli interessi sia all'interno che all'esterno dell'ambiente familiare ($P=0.0024$). I mariti del gruppo sperimentale, dal canto loro, presentano un maggior grado di disaccordo e una tendenza alla conflittualità, rispetto ai mariti del gruppo controllo.

Analizzando, attraverso la FACES, le nostre famiglie tale dato è riscontrabile nella discrepanza fra i punteggi rilevati nella valutazione della famiglia reale e di quella ideale, che danno una valutazione del grado di insoddisfazione dei diversi membri della famiglia ($P=0,0128$). Infatti tali famiglie mostrano un maggior grado di insoddisfazione che risulta essere

presente nelle madri rispetto ai padri. Il basso grado di coesione denota una struttura familiare in cui la delimitazione dei ruoli e il riconoscimento dell'altro sono confusi e deficitarii. Tale dato è confermato dalla letteratura sulla costellazione familiare di pazienti anoressiche che ha indagato quali specifici pattern di funzionamento familiare possano associarsi ai disturbi alimentari (Cook-Darzens, 2005).

Tra i risultati segnalati dai test, che appaiono coincidenti con quanto descritto e riscontrato dai colloqui, si è osservato la presenza di dimensioni patologiche nella personalità dei genitori che, sia pure non costituendo forme sintomatiche, sembrano essere fattori correlati e associati significativamente alla psicopatologia anoressica delle figlie ($P=0,012$).

La regressione logistica ha evidenziato come le figlie con AN abbiano padri che presentano punteggi elevati nella scala "Amicalità", cioè padri con difficoltà nel prendersi cura e nel dare supporto emotivo e mostrano ostilità e indifferenza verso gli altri ($P=0,012$) e questo fattore sembra essere un ulteriore modo per descrivere la non differenziazione tra padre e madre e il ruolo periferico, se non quando confuso con quello "materno" dei padri nella famiglia, come rilevato dai colloqui psicodinamici.

Inoltre ci appare utile sottolineare come tale aspetto di negazione dell'angoscia di separazione, come difesa patologica contro i processi di crescita e contro la propria individualità, trovi conferma nella presenza di una depressione di coppia come elemento ulteriore di non differenziazione tra i partner. Difatti i processi di perdita non elaborati possono restare "non digeriti" in uno o in entrambi i genitori che possono frequentemente presentare Depressione e ciò appare confermato dai risultati alla BDI che ha mostrato come entrambi i genitori del gruppo campione presentino una maggior frequenza di Depressione rispetto ai genitori sani ($P<0.001$). In particolare i padri e le madri hanno punteggi patologici alla scala totale della depressione, presentando una significatività statistica ($P=0,004$; $P=0,0008$). Ciò concorda con la letteratura che ha evidenziato maggiore frequenza rispetto a soggetti sani di Depressione maggiore, (Fernandez-Aranda, 2007). Dalle analisi del nostro campione, inoltre, si è osservato come vi sia una significativa

associazione tra i genitori con sintomatologia depressiva e le figlie anoressiche che sono risultate depresse ($P < 0.001$). La letteratura (Bachar, 2008) mostra invece come vi sia una associazione prevalente tra depressione materna e psicopatologia della figlia, arruolando 28 anoressiche di età media pari a 21 anni e le loro 28 madri e 23 padri, e paragonandole ad un campione controllo di 29 ragazze di pari età senza disturbi alimentari, e le rispettive coppie genitoriali. Lo studio ha concluso che le madri che presentano diagnosi di depressione ai test effettuati, soprattutto nelle prime fasi di sviluppo della figlia hanno una carenza della preoccupazione materna primaria e cioè appare attivare nella figlia meccanismi di disinteresse per sé a favore della salute e dei bisogni materni, e attraverso la negazione dei propri.

I dati, ottenuti dal nostro campione, appaiono dare un'ulteriore informazione riguardo al fatto che una difficoltà di sviluppo nella figlia sembra accompagnarsi ad una depressione non solo materna ma della coppia che risulta latente e le cui radici si devono rintracciare nel modo in cui la coppia si è costituita e difensivamente assestata.

Le coppie del nostro campione sono caratterizzate, quindi, da legami narcisistici che faticano ad andare incontro ad una maturazione oggettiva. Ne deriva la difficoltà di porsi come capaci di un reale sostegno alla crescita.

Ci sembra di poter sostenere che le dinamiche di coppia sopra descritte, incidano in maniera significativa sulla patogenesi del disturbo alimentare delle figlie, a partire dal precoce costituirsi della loro armatura difensiva, necessaria ad uniformarsi ad un ambiente di crescita poco differenziato e che presenta esigenze di stabilità.

Tale funzionamento di tipo Falso Sé, tipica di bambine "brave", "perfette", anche in considerazione delle doti intellettive, appare funzionale ad una soddisfazione narcisistica dei genitori. I genitori che accolgono questo come una conferma delle loro capacità genitoriali, o come un "dovuto" e meritevole risarcimento delle proprie miserie infantili, senza saperlo rinforzano la scelta inconsapevole del bambino di

rinunciare alla propria spontaneità, per uniformarsi ad un modello imitativo di funzionamento.

Al di là che la sintomatologia dei comportamenti alimentari possa essere sostenuta da organizzazioni psichiche che coprono una vasta gamma, essa è considerata come un aspetto regolarmente associato a funzionamenti narcisistici (Catherine Chabert , 2008). In tali prospettive l'accento è posto sulla tendenza a portare all'esterno il conflitto a detrimento della interiorità. Potremo dire che questi pazienti utilizzino la realtà esterna per supplire al moto del loro spazio interno.

Questo sistema difensivo, finalizzato ad una sorta di omeostasi dell'intero sistema familiare, come è emerso dai risultati del materiale testale e clinico, fallisce poi sotto la spinta di nuove esigenze evolutive della figlia che si ammala di Anoressia.

Questo riflessioni non mirano a risolvere la problematica eziopatogenetica così complessa dell'AN ma consentono di sottolineare come si possa rintracciare nella costituzione di una coppia rigida, pur apparentemente asintomatica, la ragione delle difficoltà di sviluppo che portano tipicamente in adolescenza ad una emergenza del quadro psicopatologico delle figlie. I dati di letteratura che vanno a ricercare caratteristiche del padre e della madre ci sembrano per quanto interessanti non sufficienti a spiegare l'impossibilità di crescita e il non riconoscimento dei propri cambiamenti corporei che rende queste pazienti a rischio di vita.

Una coppia che senza saperlo pone come unica questione, per superare vicende di lutto di perdita, una relazione di tipo arcaico fondata su una impossibilità di separazione rende difficile la possibilità per un figlio di accedere al processo di separazione-individuazione.

5.1 Riflessioni critiche e prospettive future dello studio

- Lo studio è stato condotto su un campione relativamente piccolo di famiglie, peraltro in linea coi lavori presenti in letteratura, ma potrebbe essere condotto su una popolazione più ampia di soggetti con An.
- Il reclutamento volontario dei soggetti ha implicato una selezione probabilmente inficiata dal fatto che i genitori partecipanti siano genitori sofferenti e più cooperativi e può aver creato effetti sconosciuti rispetto alle loro risposte ai questionari.
- Una distinzione di gruppi con soggetti affetti dai vari sottotipi di disturbo alimentare, come indicato dal DSM, (non solo quello restrittivo come nel nostro campione) potrebbe mettere in rilievo ulteriori relazioni tra dinamiche parentali e psicopatologia delle figlie.
- Studi di follow-up possono essere utili per investigare gli effetti della psicoterapia sulle dinamiche parentali e familiari dei pazienti affetti da Anoressia.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Bachar E., Kanyas K., Latzer Y., Canetti L., Bonne O. and Lerer B. (2008). Depressive Tendencies and Lower Levels of Self-Sacrifice in Mothers, and Selflessness in their Anorectic Daughters. *European Eating Disorders Review*, 16, 184-190.
2. Bemporad J.R., J. Ratey (1985), Intensive psychotherapy of former anorexic individuals, *Am. J. of Psychother.*, 39, 454-465.
3. Bertolini M. " Approccio psicodinamico alla depressione infantile"; relazione presentata al Convegno di Padova (1998). *IMAGO*, giornale italiano di psicopatologia e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – vol N°3 –1998; Cortivo Editore.
4. Bonne O., Lahat S., Kfir R., Berry E., Katz M., Bachar E. (2003). Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry*, 66(3): 244-254.
5. Bowlby J. (1973), *Attaccamento e perdita*, vol.2: La separazione dalla madre. Torino, Bollati Boringhieri.
6. Bruch H. (1982), *Anorexia nervosa: Therapy and theory*, *Am. J. Psychiatry*, 139, 1531-1538.
7. Canals J, Sancho, Arija M.V. (2009) : "Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents". *Eur Child Adolesc Psychiatry*
8. Chassegue, Smirgel J.(2003): "Il corpo come specchio del mondo". Presses Universitaires de France.
9. Claes L, Vandereycken W, Luyten P, Soenens B, Pieters G, Vertommen H. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. *Journal of Personality Disorders*, Aug;20(4):401-1.
10. Crisp A.H. (1983), *Anorexia Nervosa: Let Me Be*, Grune and Stratton, New York.
11. Cutrufo P, Barretta V, Monteleone P, Maj M (1998): "Full – syndrome, partial syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy". *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

12. Cuzzolaro M., Vetrone G. La spinta a dimagrire in un gruppo di studentesse provenienti da famiglie di classi sociali medio-basse, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol.63, 1996, pp.665-676.
13. Dancyger I, Fornari V, Scionti L, Wisotsky W, Sunday S (2005): Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?. *Compr Psychiatry* 2005 Mar-Apr;46(2):135-9.
14. Dancyger I, Fornari V, Sunday S (2006) What may underlie differing perceptions of family between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *Int J Adolesc Med Health* 2006 Apr-Jun;18(2):281-6.
15. Deutsch H. (1944) "La psicologia della donna nell'adolescenza"-studio psicoanalitico, Einaudi, Torino 1957.
16. Dicks H.V. (1967), *Marital tensions*. London: Routledge.
17. Emanuelli F, Ostuzzi R, Cuzzolaro M, Baggio F, et al. (2004) Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eat. Weight Disord.* 2004 Mar; 9(1): 1-6.
18. Espina A. "Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables." *J Psychosom Res.* 2003 Dec;55 (6):553-60.
19. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P (2003): "The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample". *Psychosomatic Medicine*,
20. Fenning S., Hadas A, Itzhaky L., Roe D., Apter A., Shahar G (2008): "Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females". In *Jeat Disord* ; 41:762-765.
21. Fernandez-Aranda, pinheiro, Tozzi, Thornton, Fitcher et al. (2007): "Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders". *Aust NZ J Psychiatry*;41: 24-31.
22. Freud S. (1905) "Tre saggi sulla teoria sessuale", In: *Opere* vol 4, Torino, Boringhieri.

23. Freud S. (1917), " Lutto e melanconia" Opere vol 1, Torino, Boringhieri.
24. Gordon C., E. Beresin, D.B. Herzog (1989): "The parents' relationship and the child's illness in anorexia nervosa", *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17 (1): 29-42.
25. Hoek HW (2006): "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders". *Current Opin Psychiatry* Jul;19(4):389-94.
26. Jacobs MJ, Roesch S, Wonderlich SA, Crosby R, Thornton L, Wilfley DE, Berrettini WH, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Lavia M, Mitchell JE, Rotondo A, Strober M, Woodside DB, Kaye WH, Bulik CM (2009): "Anorexia nervosa trios: behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents", *Psychological Medicine*, Mar; 39 (3): 451-61.
27. Jacobson E. (1954) " Il Sé e il mondo oggettuale" , Martinelli, Firenze.
28. Jeammet J. (1984): "Il gruppo dei genitori : dal luogo al trattamento dell'anoressia", *Neuropsychiatric Enfance Adolescence*,: 32-42.
29. Kernberg O. (1980), Melanie Klein, in H.I. Kaplan, A.M. Freedman and B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*, Williams and Wilkins, Baltimore, pp. 820-833.
30. Kestemberg E. J. ; S Decobert (1972), " La fame e il corpo", Roma: Astrolabio
31. Klein M. (1978): " Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia", In: scritti M.K. Boringhieri, Torino.
32. Ladame F. (1981) " I tentativi di suicidio degli adolescenti" , Borla Roma.
33. Laporte L, Marcoux V, Guttman HA (2001): Characteristics of families of women with restricting anorexia nervosa compared with families of normal probands. *Encephale*, 27(2): 109-19.

34. Laporte L., Marcoux V., Guttman H.A. (2001). Characteristics of families of women with restricting anorexia nervosa compared with families of normal probands. *Encephale*, 27(2): 109-119.
35. Laufer M. (1966): " Object Loss and Mourning During Adolescence", *The Psychoanalytic Study of the Child* , 21 (269-293).
36. Lewinsohn P.M, Striegel-Moore R.H, Seeley J.R: "Epidemiology and Natural Course of Eating Disorders in Young Women From Adolescence to Young Adulthood". *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 2000
37. Lilenfeld LR, Kaye WH, Green CG (1998): " A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*; 58:603-10.
38. Lucas AR, Beard CM, C' Fallon WM, Kurland LT (1991): "50 years trend in the incidence of Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota. A population based study", *Am J Psychiatry*,; 148(7):917-22.
39. Main M. (1991), *Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario (coerente) vs. modello di attaccamento multiplo (incoerente): dati ed indicazioni per la futura ricerca*, in C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde e P.
40. Mangweth B, Hudson Ji, Pope HG et all. (2003): "Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders" *Psychol Med*. Oct; 33 (7): 1319-23
41. Minuchin S., B.L. Rosman, L. Baker (1978), *Psychosomatic Families*, Harvard University Press, Cambridge.
42. Minuchin S., L. Baker, B.L. Rosman, R. Liebman, L. Milman, T. Todd (1975): "A conceptual model of psychodynamnic illness in children", *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1031-1038.
43. Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. (1980). "Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare". Casa Editrice Astrolabio, Roma.
44. Miyasaka N, Yoshiuchi K, Yamanaka G, Sasaki T, Kumano H, Kuboki T. (2003) "Relations among premorbid weight, referral weight, and

- psychological test score in patients with anorexia nervosa". *Psychol Rep* 2003 Feb; 92 (1):67-74
45. Novelletto A. (1991): "Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza", Roma, Edizioni Borla.
 46. Onnis L. (2004): "Il Tempo Sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società". Franco Angeli, Milano.
 47. Palazzoli M.S (1989), "L' anoressia mentale" Feltrinelli 1989
 48. Pawluck D. E, Grey K. M (1998): "Secular trend in incidence of Anorexia Nervosa: Integrative review of population – based study". *Int J Eat Disord*,; 23(4):347-52
 49. Perulli L. "Rotture psicotiche adolescenziali e depressione." ,relazione presentata al Convegno di Padova (1998). *IMAGO*,– vol N°3 –1998; Cortivo Editore.
 50. Rather G, Messner K., "Detection of eating disorders in a small rural town: en epidemiological study" *Psychological Medicine* 1993, 12:871-8
 51. Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Milano, Raffaello Cortina.
 52. Solange Cook-Darzens, Catherine Doyen Bruno, Falissard Marie-Christine Mouren (2005): "Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy" *European Eating Disorders Review*, July/August: 223–236.
 53. Sroufe L.A., Carlson E.A., Levy A.K, Egeland B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, pp.1-13.
 54. Steinhausen HC: "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century". *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-93.
 55. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport J.L., Kalikow K, Walsh B. T., Davies M, Braiman S, Dolinsky A (1990): "Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred psychiatric population". *Archives of General Psychiatry*.

56. Willi J, Giacometti G, Limacher B (1990): "Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland". *Am J Psychiatry*,; 147(11):1514-7.
57. Willi J, Grossmann S (1983): "Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland". *Am J Psychiatry*,; 140 (5): 564-7.
58. Winnicott D. W. " Appetito e disturbo emozionale" (1936); in 'Dalla pediatria alla psicoanalisi' Martinelli 1991.
59. Winnicott D.W., (1961): "La teoria del rapporto infante-genitore". In "Sviluppo affettivo e ambiente (1965). Trad. it. , Roma: Armando, 1979.

7. RIASSUNTO

INTRODUZIONE (pag 4):

Negli ultimi anni si sta verificando un rapido incremento della prevalenza dei disturbi alimentari che riguarda sia l'età adulta che l'età infantile. Questo fenomeno sembra almeno in parte attribuibile all'influenza che particolari dinamiche familiari svolgono nell'eziopatogenesi di tali disturbi. Gli studi epidemiologici rilevano un tasso di prevalenza dello 0.5-3.7% in età adolescenziale e giovane età adulta (12-25 anni) nella popolazione femminile (20 a 1 rispetto ai maschi) secondo i dati dell'American Psychiatric Association (APA, 2000). L'anoressia nervosa è una patologia psichiatrica a patogenesi complessa (Onnis, 2004), in cui entrano in gioco diversi fattori socio-culturali, psicologici individuali e relazionali, e, in particolare, familiari. In letteratura si è sviluppata una molteplicità di modelli teorici sulla patogenesi dell'anoressia mentale ma poco rilievo è stato dato allo studio dell'influenza della qualità del legame di coppia genitoriale e coniugale e alla correlazione di queste relazioni con la psicopatologia del disturbo alimentare dei figli (Canals, 2009; Espina 2003). Negli studi più recenti si è osservato che, mentre su un piano fenomenologico le famiglie di pazienti con disturbo alimentare sembrano rientrare in un ambito di "normalità" (Laporte 2001), invece nella pratica clinica emerge come una "patologia" delle dinamiche di coppia dei genitori, in genere negata e misconosciuta (Cook-Darsenz, 2005) possa avere qualità patogenetica sullo sviluppo dei figli.

SCOPO (pag 32):

Il nostro progetto di ricerca nasce in considerazione della possibilità di individuare e verificare le possibili correlazioni esistenti tra soggetti con anoressia nervosa in adolescenza e dinamiche di coppia dei loro genitori e le possibili influenze della qualità del legame di coppia genitoriale e coniugale sullo sviluppo della psicopatologia della figlia.

MATERIALI E METODI (pag 34):

Il gruppo sperimentale è costituito da 42 pazienti, di genere femminile, afferenti per la prima volta al Servizio di Neuropsichiatria Infantile della clinica dell'Ospedale San Gerardo, con diagnosi di Anoressia Nervosa (sottotipi secondo DSM- IV -TR), di età compresa tra 13-17 anni (Media=14.64 ; DS = 1.41), e dai loro genitori e da un gruppo controllo di 42 soggetti sani (Media 14.5; DS=1.52) e dalle loro coppie genitoriali.

Il campione è stato sottoposto ad una serie di colloqui clinici con i pazienti e separatamente con i genitori (effettuati da terapeuti diversi e supervisionati da analisti esperti) e una batteria di test standardizzati e validati da studi internazionali (EDI-III; CDI; FACES III; BFQ-C), finalizzati ad una valutazione clinica e testale dei sintomi e delle caratteristiche di personalità dei pazienti nonché delle dinamiche familiari. Anche ai genitori è stato chiesto di compilare separatamente gli stessi questionari di autosomministrazione (FACES III, BDI II, BFQ-2), a cui si è aggiunta la scala DAS, atta a valutare le dinamiche e la qualità del legame di coppia coniugale e genitoriale.

Per valutare quali fossero i fattori indipendentemente associati all'insorgenza di anoressia sono stati implementati modelli di regressione logistica univariata, dove la variabile dipendente era la presenza o meno di figlia con anoressia, mentre le variabili indipendenti erano i singoli fattori rilevati nei questionari somministrati ai genitori. I fattori che all'analisi univariata hanno dimostrato essere significativamente associati ad incrementi del rischio di insorgenza di anoressia, sono stati poi selezionati quali variabili indipendenti in un modello di regressione logistica multivariata.

RISULTATI (pag 48-73):

Analizzando il materiale testale si è osservato che i fattori correlati e relativi alla coppia genitoriale che si associano significativamente alla psicopatologia anoressica delle figlie sono: madri con un basso grado di adattamento diadico, quindi che dichiarano di possedere una scarsa qualità di coppia (OR=1,88; P=0.0171); padri con punteggi patologici alla scala dell'Amicalità, cioè che hanno difficoltà nel prendersi cura e nel dare supporto emotivo e mostrano ostilità e indifferenza verso gli altri (OR=1,79; P=0.0117); padri con punteggi patologici alla scala della Coscienziosità cioè che presentano mancanza di precisione e accuratezza, affidabilità e responsabilità (OR=1,53;P=0.0613); padri con punteggi patologici alla due sottoscale del BDI sia per il fattore cognitivo (OR=3,12; P<.0001) sia per il fattore somatico-affettivo (OR=1,87; P=0,0226); padri con punteggi patologici alla scala totale della depressione (OR=2,18; P=0.0041); madri con punteggi patologici alla due sottoscale del BDI sia per il fattore cognitivo (OR=3,48; P<.0001), sia per il fattore somatico-affettivo (OR=2,27; P=0,0008); madri con sintomatologia depressiva (OR=2,27; P=0,0008). In sintesi dalla analisi di regressione multivariata emerge quindi che i fattori che sembrano influire in modo statisticamente significativo sull'insorgenza di anoressia e che possono ritenersi correlati sono: gli aspetti depressivi dei padri e delle madri, e una bassa amicalità dei padri.

Analizzando i colloqui, come documentato dalla letteratura psicoanalitica in materia, sul piano fenomenologico le famiglie sembrano rientrare in un ambito di "normalità" e raramente i genitori mostrano una chiara psicopatologia clinica. Tuttavia nella storia pregressa del nostro campione il 29,27 % delle madri ha presentato un disturbo dell'umore e/o un disturbo fobico-ossessivo. Il 28,57% dei padri ha presentato un disturbo dell'umore, disturbo di personalità e disturbo di abuso di sostanze. Si può osservare come vi siano quadri sintomatici pregressi sia nel padre e nella madre ($P=0.0032$). Le coppie sono coniugate (tranne 8 casi di coppie separate e 1 caso di coppia con vedovo), mostrando una certa conflittualità più mascherata che risultava più evidente nel corso dell'approfondimento clinico. La malattia e i sintomi che la figlia presenta sono nell' 78% dei casi ritenuti dai genitori come imprevedibili "un fulmine a ciel sereno", qualcosa che assume un carattere di catastrofe, che comporta per tutta la famiglia una riorganizzazione e la figlia che presenta il disturbo anoressico assume dopo la comparsa dei sintomi uno status privilegiato di "figlio unico", spesso vissuto dai genitori anche come un tiranno. Tale aspetto di imprevedibilità dell'evento risulta essere concorde in maniera significativa tra le madri e padri ($P<.0001$). Ciò che risulta improvvisamente dirompente e non prevedibile si associa ad un senso di estraneità rispetto alla malattia delle figlie: "non sappiamo cosa sia capitato a nostra figlia, andava tutto bene". La figlia, che veniva vissuta come pronta e capace ad adattarsi a qualunque situazione, ora mette a dura prova l'investimento narcisistico di cui è stata sempre oggetto, e diventa per i genitori la testimonianza vivente della loro impotenza e determina più o meno in tutti il senso di essere "cattivi genitori". La malattia inoltre sembra esordire proprio in un momento potenzialmente critico per l'equilibrio della coppia, ad esempio in occasione di un lutto o di una gravidanza o di cambiamenti che possono minacciare uno status quo condiviso (una moglie insoddisfatta del proprio ruolo di casalinga dedita agli altri che intraprende una carriera lavorativa). Inoltre molti dei nostri genitori provano sensi di colpa e vedono come "inguaribili" le loro figlie. Raccontano della propria frustrazione, della mancanza di aiuto, e la sensazione di essere manipolati. Tali difficoltà sono riscontrabile nell'assumere un ruolo genitoriale fermo e consapevole; spesso si sentono sopraffatti e in balia delle loro figlie. Nel 48,78% sia i padri che le madri riferiscono di non riuscire a sentirsi in grado di sostenere le figlie nella crescita ($P=0.0058$). Nelle coppie del nostro campione la scelta di partner è anti-libidica (59,52%), ossia anaclitica (protettiva per il sé), che nasce dalla rinuncia al legame libidico con un oggetto d'amore primario, sia per le mogli che per mariti ($P=<.0001$). Spesso si riscontrano nel racconto di come e quando si è costituita la loro coppia e il ruolo che in questo hanno avuto esperienze di perdita di persone significative (morte o grave

malattia di uno dei due genitori o di entrambi), coinvolte in un legame primario carico di ambivalenza (44,44% dei casi). In particolare i lutti più frequenti sono quelli materni. Presenti sono le esperienze di deprivazione materna e/o paterna (42% dei casi). In alcuni casi queste coppie desiderando più figli non sono riuscite ad averli (11% dei casi), e le figlie con Anoressia sono nel 28% figlie uniche o sono concepite inaspettatamente a distanza di molti anni dal primo figlio. In queste coppie i partners hanno difficoltà a modificare le reciproche identificazioni proiettive. Sono coppie che mostrano (60.98%) una certa "ansia di separazione", in cui il cambiamento è vissuto a livelli profondi come tradimento e abbandono ($P < .0001$).

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI (pag 74):

Quindi l'analisi dei dati ha evidenziato che le coppie presentano:

- Depressione o deprivazione nella storia
- Scelta antilibidica
- Collusione sui legami narcisistici
- Angosce di separazione

Da tali aspetti ne deriva una:

- Scarsa capacità di adattamento
- Rigidità delle relazioni
- Presenza di strutture narcisistiche imitative nelle figlie (ad esempio depressione della coppia e delle figlie)

Ci sembra di poter sostenere che le dinamiche di coppia sopra descritte, incidano in maniera significativa sulla patogenesi del disturbo alimentare delle figlie, a partire dal precoce costituirsi della loro armatura difensiva, necessaria ad uniformarsi ad un ambiente di crescita poco differenziato e che presenta esigenze di stabilità. Tale funzionamento di tipo Falso Sé, tipica di bambine "brave", "perfette", anche in considerazione delle doti intellettive, appare funzionale ad una soddisfazione narcisistica dei genitori. I genitori che accolgono questo come una conferma delle loro capacità genitoriali, o come un "dovuto" e meritevole risarcimento delle proprie miserie infantili, senza saperlo rinforzano la scelta inconsapevole del bambino di rinunciare alla propria spontaneità, per uniformarsi ad un modello imitativo di funzionamento.

Al di là che la sintomatologia dei comportamenti alimentari possa essere sostenuta da organizzazioni psichiche che coprono una vasta gamma, essa è considerata come un aspetto regolarmente associato a

funzionamenti narcisistici (Catherine Chabert , 2008). In tali prospettive l'accento è posto sulla tendenza a portare all'esterno il conflitto a detrimento dell'interiorità. Potremmo dire che questi pazienti utilizzino la realtà esterna per supplire al moto del loro spazio interno. Questo sistema difensivo, finalizzato ad una sorta di omeostasi dell'intero sistema familiare, come è emerso dai risultati del materiale testale e clinico, fallisce poi sotto la spinta di nuove esigenze evolutive della figlia che si ammala di Anoressia. Questo riflessioni non mirano a risolvere la problematica eziopatogenetica così complessa dell'AN ma consentono di sottolineare come si possa rintracciare nella costituzione di una coppia rigida, pur apparentemente asintomatica, la ragione delle difficoltà di sviluppo che portano tipicamente in adolescenza ad una emergenza del quadro psicopatologico delle figlie.