

Family functioning and eating disorders in adolescence

Funzionamento familiare e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza

Fiorenzo Laghi*, Roberto Baiocco*, Elisa Ghezzi* e Marco Cacioppo**

* Dipartimento di Psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza, Università di Roma

** Facoltà di Scienze umane e sociali, Università Kore di Enna

Summary. The present study aims to investigate the relationship between eating disorders and family functioning in adolescence. The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV), Eating Disorder Inventory (EDI-3), Eating Attitudes Test (EAT-26), and Binge Eating Scale (BES) have been administered to a sample of 438 students. Findings suggest that family functioning predicts variance in risk factors of eating disorders and binge eating disorder. The findings are discussed in terms of their implications for the analysis of risk and protective factors in adolescence.

Keywords: eating disorders; family functioning; risk factors.

Riassunto. L'obiettivo del presente studio è analizzare la relazione tra i disturbi del comportamento alimentare in adolescenza e il funzionamento familiare. A un gruppo di 438 studenti sono stati somministrati il Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV), l'Eating Disorder Inventory (EDI-3), l'Eating Attitudes Test (EAT-26) e la Binge Eating Scale (BES). I risultati evidenziano come il funzionamento familiare predica i fattori di rischio nello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare e il binge eating disorder. I dati sono analizzati alla luce delle implicazioni sull'analisi dei fattori di rischio e di protezione in adolescenza.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare; funzionamento familiare; fattori di rischio.

Autore per la corrispondenza: F. Laghi. Fax +39 0649917672. Tel. +39 06 49917619

Indirizzo e-mail: fiorenzo.laghi@uniroma1.it

Dipartimento di Psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione, Università Sapienza di Roma, Via dei Marsi, 78, 00185 Roma, Italia.

I recenti studi che hanno analizzato i fattori di rischio nello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare evidenziano che il funzionamento familiare ricopre un ruolo importante nell'assunzione e nel mantenimento di comportamenti alimentari disfunzionali in adolescenza (Gillett, Harper, Larson, Berrett, & Hardman 2009; Kluck, 2008). Minuchin, Rosman e Baker (1980) affermano che le famiglie con disturbi del comportamento alimentare presentano uno specifico funzionamento interno con modalità relazionali disfunzionali, caratterizzate da un eccessivo invischiamento, iperprotettività, rigidità e mancanza di risoluzione dei conflitti. Secondo l'approccio sistemico relazionale (Apfeldorfer, 1996; Minuchin, 1976; Minuchin et al., 1980; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967), di cui Minuchin è uno dei maggiori esponenti, i disturbi del comportamento alimentare rappresentano un sintomo psicosomatico, portatore del malessere personale, familiare e sociale. L'organizzazione e l'omeostasi familiare è strettamente correlata allo sviluppo e al mantenimento delle malattie psicosomatiche, tra cui quelle alimentari. Le famiglie caratterizzate da questi disturbi sono, per tale motivo, definite famiglie psicosomatiche.

Lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza risulta essere fortemente influenzato dalle percezioni riguardo il funzionamento familiare, in particolare rispetto alla coesione familiare, adattabilità e comunicazione (Kluck, 2008; Olson, 1986; Vidovic, Jures, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005). Dagli studi presenti in letteratura (Hoste, Hewell, & le Grange, 2007; Kluck, 2008) emerge, infatti, che il rischio di assumere condotte alimentari disfunzionali sia incrementato dalle percezioni di una scarsa coesione familiare, una bassa espressività di pensieri e sentimenti, un'inefficace organizzazione familiare e una scarsa indipendenza tra i membri. Lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare sembra essere influenzato, inoltre, dall'assunzione di regole familiari vincolanti e poco facilitanti (Gillett, Harper, Larson, Berrett, & Hardman, 2009). In particolare, le famiglie caratterizzate da tali disturbi dispongono di norme relative alla restrizione dei pensieri, dei sentimenti e del proprio sé. Le norme familiari legate al divieto di discutere, risolvere i problemi e parlare di circostanze che potrebbero provocare disagio in famiglia, rappresentano un indice di rigidità familiare; le regole relative al sostegno reciproco, alla condivisione delle decisioni da prendere e ai legami affettivi, invece, faciliterebbero la coesione familiare (Wisotsky et al., 2003). Nel caso dei disturbi alimentari sembrerebbe che le famiglie assumano regole restrittive relative al cibo, che incrementerebbero il rischio di sperimentare problemi alimentari (Gillett et al., 2009; Krug et al., 2008). Inoltre, le critiche e le pressioni familiari sulla forma fisica costituiscono degli indici di invischiamento e rigidità familiare, che incidono fortemente sullo sviluppo di comportamenti alimentari inadeguati (McKnight Investigators, 2003; Pauls & Daniels, 2000; Stice & Agras, 1998; Taylor et al., 2006; van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon, & Coover, 2002).

Per quanto riguarda la percezione del funzionamento familiare nel *binge eating disorder* è stato evidenziato che gli adolescenti con tali problematiche hanno una percezione negativa e non soddisfacente del funzionamento familiare; infatti, essi spesso riportano che le loro interazioni familiari sono caratterizzate da una scarsa espressività, una comunicazione inefficace, una scarsa coesione e affettività, e una maggiore espressione del conflitto (Laliberté, Boland, & Leichner, 1999; Steiger, Liquornik, Chapman, & Hussain, 1991; Stern et al., 1989). Relativamente all'influenza delle relazioni familiari sul sovrappeso

degli adolescenti, è stato evidenziato che la percezione di una famiglia coesa e capace di esprimere i propri pensieri e sentimenti riduce il rischio di assumere comportamenti alimentari inadeguati e patologici (Field et al., 2008; Neumark-Sztainer, Wall, Story, & Sherwood, 2009). Diversi contributi scientifici (Fulkerson, Strauss, Neumark-Sztainer, Story, & Boutelle, 2007; Mellin, Neumark-Sztainer, Story, Ireland, & Resnick, 2002) hanno mostrato che alti livelli di coesione familiare sembrano indurre gli adolescenti sovrappeso ad adottare comportamenti maggiormente salutari e a raggiungere un miglior benessere psicosociale. Tuttavia, sebbene la coesione familiare non protegga gli adolescenti dall'essere in sovrappeso, tale dimensione sembra preservarli dalle condotte di *binge eating* e dall'assunzione di comportamenti di eccessivo controllo del peso (Neumark-Sztainer et al., 2009). Un recente studio (Laghi, Baiocco, Peduto, Federico, & D'Alessio, 2011) effettuato su un campione di preadolescenti e adolescenti ha evidenziato che, nelle ragazze, le diete frequenti, l'elevata preoccupazione circa il peso e i modelli di bellezza proposti dai mass media rappresentano fattori predittivi dell'aumentato rischio di sviluppare il *binge eating disorder*. Nei ragazzi, invece, sembra che tale rischio sia legato ai commenti negativi sul proprio aspetto fisico e all'importanza del peso attribuita dai padri e dai coetanei (Laghi, Baiocco, Attanasi, & D'Alessio, 2007, 2009).

Le ricerche presenti in letteratura (Eddy et al., 2007; Laghi, Baiocco, D'Alessio, Bonacina, & Gurrieri, 2009; Meno, Hannum, Espelage, & Douglas Low, 2008) hanno evidenziato che un funzionamento familiare inadeguato, caratterizzato da una scarsa coesione e adattabilità, predice bassi livelli di autostima, un'elevata insoddisfazione corporea, l'interiorizzazione di un forte ideale di magrezza e l'eccessiva importanza attribuita al peso corporeo. Tali fattori influiscono significativamente sull'insorgenza dei disordini alimentari sia nei maschi che nelle femmine.

Gli adolescenti che percepiscono una buona accettazione genitoriale (calore familiare, empatia, supporto emotivo) hanno meno probabilità di sviluppare alti livelli di insoddisfazione corporea e di magrezza (Barker & Galambos, 2003; Bastiani Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 1999; Laghi, Pallini, D'Alessio, & Baiocco, 2011). Un recente studio ha evidenziato che la sperimentazione, da parte di ragazze di età compresa tra i 12 e i 16 anni, di un legame affettivo povero e una scarsa intimità familiare predice il rischio di sviluppare insoddisfazione corporea (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006). Infatti, coloro che percepiscono i propri genitori come supportivi, affettuosi e capaci di favorire l'autonomia dei figli, si descrivono come meno preoccupati rispetto al peso e meno frequentemente coinvolti nell'assunzione di comportamenti bulimici (Kenny & Hart, 1992). Al contrario, adolescenti con disturbi del comportamento alimentare riportano di aver ricevuto scarso affetto da parte dei genitori e di aver sperimentato poca indipendenza all'interno delle loro famiglie (Laghi, Baiocco, D'Alessio, & Gurrieri, 2009; Mallinckrodt, McCreary, & Robertson, 1995). Gli studi di *developmental psychopathology* hanno evidenziato che una scarsa sensibilità genitoriale possa interferire sulla capacità degli adolescenti di regolare i propri comportamenti e le proprie emozioni (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Laghi, Baiocco, D'Alessio, Gurrieri, & Mazza, 2008; Laghi, D'Alessio, Pallini, & Baiocco, 2009; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). La sperimentazione di relazioni familiari poco soddisfacenti sembra condurre l'adolescente a sviluppare un'insoddisfazione corporea significativa

(Bearman et al., 2006). Inoltre la percezione di comportamenti genitoriali positivi, quali la promozione dell'autonomia, uno stile di *parenting* democratico e un coinvolgimento familiare, predicono significativamente la tendenza all'eccessiva magrezza, l'assunzione di comportamenti alimentari restrittivi e lo sviluppo dell'insoddisfazione corporea. Le ragazze che riportano una scarsa promozione dell'autonomia da parte delle loro madri, scarso interesse per la vita quotidiana delle figlie e relazioni sociali povere, infatti, hanno una maggiore probabilità di sperimentare comportamenti alimentari disfunzionali (Salafia, Gondoli, Corning, McEnery, & Grundy, 2007). Wisotsky et al. (2003) hanno dimostrato come la percezione del funzionamento familiare sia un predittore significativo dell'ideale di bellezza e di altre dimensioni psicologiche, quali la maturità delle paure, l'autoconsapevolezza, il perfezionismo, la sicurezza interpersonale e l'insoddisfazione del corpo.

Obiettivi e ipotesi

Mentre sono numerosi i contributi nazionali e internazionali che indagano la relazione tra funzionamento familiare e i fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare, sono pochi in letteratura i contributi che abbiano analizzato il ruolo del funzionamento familiare nella predizione dei singoli fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare.

La presente ricerca intende analizzare il ruolo che assolve il funzionamento familiare nella predizione dei disturbi del comportamento alimentare e in particolare del *binge eating disorder*. In particolare si intende analizzare quali dimensioni del funzionamento familiare possano predire i principali fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare, ovvero l'impulso alla magrezza, la bulimia e l'insoddisfazione corporea. In linea con la letteratura internazionale si ipotizza che:

- (H1) un funzionamento familiare caratterizzato da invischiamento, scarsa coesione e flessibilità incidano significativamente sullo sviluppo dell'impulso alla magrezza, di comportamenti bulimici e dell'insoddisfazione corporea (Eddy et al., 2007; Kenny & Hart, 1992; McKnight Investigators, 2003; Meno et al., 2008; Stice & Agras, 1998; van den Berg et al., 2002);
- (H2) un funzionamento familiare caratterizzato da scarsa coesione e comunicazione familiare possa influenzare fortemente lo sviluppo del *binge eating disorder*, in accordo con quanto emerso dagli studi internazionali (Laliberté et al., 1999; Neumark-Sztainer et al., 2009; Steiger et al., 1991; Stern et al., 1989).

Metodo

Partecipanti

Il gruppo che ha preso parte allo studio è composto da 438 studenti (238 femmine e 200 maschi) con un'età media di 16.87 anni ($DS = 1.08$) frequentanti il quarto e quinto anno di alcune scuole secondarie di II grado di Roma e provincia.

Strumenti

Family Adattability and Cohesion Evaluation Scales (FACES IV)

Il questionario *Family Adattability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES IV, Olson, 2011) valuta il funzionamento familiare. Lo strumento è costituito da 62 item, ai quali il soggetto deve rispondere su una scala Likert a 5 passi (*Fortemente in disaccordo, Abbastanza in disaccordo, Non so, Abbastanza in accordo, Fortemente in accordo*). Il FACES IV permette di indagare due dimensioni: l'Adattabilità, definita come la qualità e l'espressione del potere e dell'organizzazione, le regole relazionali e i relativi ruoli e negoziazioni; la Coesione, che fa riferimento ai rapporti affettivo-emozionali che i componenti del nucleo familiare instaurano tra loro; i concetti chiave che definiscono la Coesione familiare sono i vincoli emozionali, i confini, la gestione delle coalizioni, i tempi, gli spazi, le amicizie, l'autonomia e l'indipendenza personale. Tali dimensioni vengono valutate attraverso sei scale (Olson & Gorall, 2006), di cui due Scale equilibrate, che misurano principalmente il funzionamento familiare sano e quattro Scale non equilibrate, che valutano il funzionamento familiare problematico. Le Scale Equilibrate sono: la Coesione bilanciata («Ci si chiede aiuto l'un l'altro durante i momenti difficili») e l'Adattabilità bilanciata («La mia famiglia è in grado di adattarsi al cambiamento quando è necessario»). Le scale non equilibrate sono: l'Invischiamento («I membri della famiglia sono troppo dipendenti gli uni dagli altri»), il Disimpegno («Ci sentiamo più legati a persone esterne alla famiglia che ai nostri familiari»), lo Stile caotico («Nella nostra famiglia le cose non vengono portate mai a termine») e la Rigidità («La nostra famiglia diventa molto frustrata quando c'è un cambiamento nei nostri piani o nelle nostre abitudini»). Tale strumento comprende anche 2 scale aggiuntive: la scala della Comunicazione familiare («In famiglia i membri si confrontano sulle proprie idee e convinzioni gli uni con gli altri») che valuta gli aspetti più importanti della comunicazione all'interno del sistema familiare; è intesa non soltanto come la modalità adottata dai membri per esprimere i loro bisogni e sentimenti, ma anche come elemento dinamico che facilita od ostacola il movimento della coppia e della famiglia all'interno delle altre due dimensioni del modello, quali l'Adattabilità e la Coesione familiare; la scala della Soddisfazione familiare che indaga il livello di soddisfazione dei membri della famiglia rispetto alla Coesione, Adattabilità e Comunicazione familiari. Agli item della suddetta scala si risponde su una scala Likert a 5 passi (*molto insoddisfatto, piuttosto insoddisfatto, abbastanza soddisfatto, molto soddisfatto, estremamente soddisfatto*). Si tratta di esprimere il livello di soddisfazione rispetto per esempio al «Grado di vicinanza fra i membri della tua famiglia».

Gli indici di affidabilità e di validità sono elevati sia nella versione utilizzata in ambito internazionale sia nella versione adattata al contesto italiano (Baiocco, Cacioppo, Laghi, Petrocchi, & Tafà, 2010; Laghi, Baiocco, Lonigro, Capacchione, & Baumgartner, in press) con indici di affidabilità che vanno da un minimo di $\alpha = .78$ per la dimensione Coesione ad un massimo di $\alpha = .92$ per la dimensione Flessibilità. Il campione normativo italiano è costituito da 726 adolescenti con età compresa tra i 16 e i 18 anni; l'analisi fattoriale conferma la struttura ipotizzata dagli autori e spiega il 48% della varianza. Le analisi correlazionali con altri strumenti di misura del funzionamento familiare mostrano

coefficienti di correlazione che vanno da un minimo di .78 per le dimensioni che misurano costrutti concettualmente connessi con il funzionamento familiare ad un massimo di .72 per le dimensioni che indagano costrutti simili.

Eating Disorder Inventory (EDI-3)

L'*Eating Disorder Inventory* (EDI-3, Garner, 2004) è uno strumento che valuta i sintomi comunemente associati all'anoressia e alla bulimia nervosa. Tale scala è costituita da 91 item, con risposte a scelta multipla su una scala Likert a sei punti (*mai, raramente, qualche volta, di solito, spesso, sempre*). L'EDI-3 è composto da 12 scale, di cui 3 scale di rischio di disturbo alimentare: Impulso alla magrezza («Sono assillato/a dal desiderio di essere più magro/a»); Bulimia («Ho continuato ad abbuffarmi sentendo di non riuscire a fermarmi»); Insoddisfazione per il corpo («Penso che le mie cosce siano troppo grosse») e 9 scale psicologiche: Bassa autostima («Mi sento una persona incapace»), Alienazione personale («Preferisco trascorrere il tempo da solo/a piuttosto che con gli altri»); Insicurezza interpersonale («Le persone a cui tengo veramente finiscono per deludermi»), Alienazione interpersonale («Ho bisogno di tenere le persone a distanza»), Deficit interocettivi («Non so che sta succedendo dentro di me»), Disregolazione emotiva («Non riesco chiaramente a capire quale emozione sto provando»), Perfezionismo («I miei genitori si aspettano da me la perfezione»), Ascetismo («L'astinenza mi fa sentire più forte spiritualmente»), Paura della maturità («Penso che il periodo più felice sia quando si è bambini»). Nel presente studio sono state usate solo le scale di rischio di disturbo alimentare.

Dalla letteratura proviene che questo strumento possiede una buona coerenza interna e validità di costrutto (Cumella, 2006; Hymel, Le Mare, & Mckee, 2006). Gli studi di validazione italiana (Giannini, Pannocchia, Dalle Grave, Muratori, & Viglione, 2008) dello strumento mostrano adeguati indici di validità e attendibilità con indici di affidabilità che vanno da un minimo di $\alpha = .70$ per la dimensione Deficit Interocettivi a un massimo di $\alpha = .84$ per la dimensione Insoddisfazione per il corpo; le correlazioni item-totale risultano buone con valori superiori a .30. Il campione normativo italiano è costituito da 839 adulti, di cui 351 affetti da disturbo del comportamento alimentare e 488 non patologico. L'Analisi fattoriale mostra una struttura a otto fattori che spiega il 64% della varianza. La validità divergente, misurata con scale di misura dell'ansia e della depressione, evidenziano correlazioni significative ma moderate, con un range che va da $r = .30$ a un massimo di $r = .42$.

Eating Attitudes Test (EAT-26)

L'*Eating Attitudes Test* (Garner & Garfinkel, 1979) è uno strumento che valuta i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento verso il cibo e il peso. Di questo test esistono due versioni, quella originale di 40 item e quella ridotta composta da 26 item, utilizzata nel presente studio. Ad ogni item il soggetto deve rispondere su una scala Likert a 6 punti (*mai, raramente, qualche volta, di solito, spesso, sempre*). Tale strumento è composto da tre sottoscale: la Dieta: grado con cui vengono evitati cibi ad alto contenuto

calorico e il desiderio di essere più magri («Evito in particolare cibi con elevato contenuto di carboidrati»); Bulimia e preoccupazione riguardo al cibo: la presenza di un'ideazione ossessiva concentrata sul cibo e la presenza di sintomi bulimici, quali il vomito e il *binge eating* («Mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere»); Controllo orale: il grado di autocontrollo sull'alimentazione e la percezione di pressioni esterne dirette a far aumentare di peso («Sento che gli altri vorrebbero che mangiassi di più»). Punteggi superiori o uguali a 20 indicano la possibile presenza di sintomi dei disturbi del comportamento alimentare, ma non implicano, necessariamente, una diagnosi di anoressia nervosa e bulimia nervosa. Tale strumento ha mostrato un'ottima attendibilità ($\alpha = .90$) e validità sia in campioni clinici che di controllo (Button & Whitehouse, 1981; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel 1982; Rosen, Silberg, & Gross, 1988; Shomaker & Furman, 2009). La validazione italiana dello strumento effettuata su un campione di 1809 studenti di scuola secondaria di I e II grado mostra buoni indici di validità e attendibilità (Marronaro, Rossi, Aquilio, & Scacchioli, 2009). L'analisi fattoriale con rotazione obliqua riporta risultati simili a quelli ottenuti dagli autori, confermando una struttura a tre fattori; i valori di attendibilità sono soddisfacenti con un range che va da un minimo di .77 a un massimo di .84.

Binge Eating Scale

La *Binge Eating Scale* (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) è uno strumento che valuta i comportamenti di *binge eating*. Tale scala è costituita da 16 item, ognuno con quattro alternative che descrivono specifici atteggiamenti nei confronti del cibo. Al soggetto è chiesto di segnare, per ogni tetrade, l'alternativa che maggiormente descrive il proprio comportamento abituale. Riportiamo a titolo esemplificativo un esempio di item: Raramente mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a; Circa una volta al mese mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a; Ci sono dei periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti; Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male ed ho nausea.

Gli studi di validazione italiana dello strumento (Di Paola, Faravelli, & Ricca, 2010) mostrano adeguati indici di validità e attendibilità. L'attendibilità, misurata con il metodo test-retest mostra un coefficiente $r = .75$. Per verificare la validità dello strumento è stata utilizzata la metodologia dei gruppi contrapposti che ha evidenziato come i soggetti *binge* ottengano punteggi medi superiori al gruppo di controllo. La validità divergente, misurata con scale di misura dell'ansia e della depressione, evidenziano correlazioni significative ma moderate, con un range che va da $r = .23$ ad un massimo di $r = .35$.

Procedura

I questionari sono stati somministrati collettivamente durante il normale orario delle lezioni, previo consenso da parte dei dirigenti scolastici e dei genitori. La compilazione dei questionari ha richiesto mediamente 40 minuti ed è stato bilanciato l'ordine di presentazione dei protocolli.

Analisi dei dati

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate con il pacchetto statistico SPSS 19.0 per Windows. Per analizzare le correlazioni tra le dimensioni del funzionamento familiare e i disturbi del comportamento alimentare è stato utilizzato il coefficiente r di Pearson. Per verificare il peso del funzionamento familiare sono stati effettuati disegni di analisi della regressione multipla *step-wise*, considerando come predittori le dimensioni del FACES IV e come misure-criterio le dimensioni Impulso alla magrezza, Bulimia, Insoddisfazione corporea e *binge eating disorder*.

Risultati

Relazioni tra le dimensioni del Faces-IV e i disturbi del comportamento alimentare

La dimensione Impulso alla magrezza correla positivamente con le dimensioni Disimpegno, Invischiamento e Stile caotico e negativamente con le dimensioni Coesione, Soddisfazione familiare e Comunicazione. La scala Bulimia correla in modo statisticamente significativo con le dimensioni Coesione e Invischiamento; la scala Insoddisfazione corporea correla negativamente con le dimensioni Coesione, Soddisfazione e Comunicazione e positivamente con le dimensioni Rigido e Caotico; la scala BES correla in modo statisticamente significativo con le dimensioni Disimpegno, Invischiamento e Stile Caotico (correlazioni positive) e negativamente con le dimensioni Coesione, Soddisfazione familiare e Comunicazione (Tabella 1).

Funzionamento familiare nella predizione dell'Impulso alla magrezza

L'analisi della regressione multipla, effettuata sull'intero gruppo, ha evidenziato un coefficiente $R = .46$ che spiega il 20% della varianza della misura criterio ($F = 12.78$, $p < .001$). I predittori che assumono un peso significativo positivo nella predizione dell'Impulso alla magrezza sono (Tabella 2): il Disimpegno ($\beta = .22$, $t = 2.78$, $p < .001$), lo Stile caotico ($\beta = .17$, $t = 2.25$, $p < .001$) e la Flessibilità ($\beta = .14$, $t = 2.04$, $p < .001$). Il predittore che assume un peso negativo nella predizione della misura-criterio è la dimensione Soddisfazione familiare ($\beta = -.18$, $t = -2.81$, $p < .001$).

Funzionamento familiare nella predizione della bulimia

L'analisi della regressione multipla, effettuata sull'intero gruppo, evidenzia un coefficiente $R = .20$ che spiega il 4% della varianza della misura criterio ($F = 12.09$, $p < .03$). Il predittore che assume un peso significativo positivo nella predizione della Bulimia è (Tabella 3) la dimensione Invischiamento ($\beta = .20$, $t = 2.78$, $p < .001$).

Tabella 1
Correlazioni tra le dimensioni del Faces-IV e i disturbi del comportamento alimentare

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Coesione	–											
2. Flessibilità	.68***	–										
3. Disimpegno	-.54***	-.20*	–									
4. Invischiamento	.09	-.15*	.17*	–								
5. Rigido	-.20*	-.18*	.02	.33***	–							
6. Caotico	-.15*	-.12*	.36***	.24***	.35***	–						
7. Soddisfazione familiare	.64***	.32***	-.15*	-.15*	-.16*	-.15*	–					
8. Comunicazione	.48***	.36***	-.16*	-.10	-.18*	-.18*	.77***	–				
9. Impulso alla magrezza	-.14*	.18*	.36***	.15*	.12	.34***	-.42***	-.19*	–			
10. Bulimia	-.12*	-.08	.10	.20*	.10	.11	-.09	-.08	-.50***	–		
11. Insoddisfazione corporea	-.14*	-.10	.11	.09	.33***	.28***	-.13*	-.16*	.46***	.36***	–	
12. Binge Eating Scale	-.13*	-.18*	.15*	.35***	.11	.15*	-.16*	-.19*	-.12*	.22***	.18*	–

Nota. * $p < .05$. *** $p < .001$.

Tabella 2

Regressione: funzionamento familiare nella predizione dell'Impulso alla magrezza (N = 438)

Variabile	B	SEB	β
Disimpegno	.28	.10	.22***
Soddisfazione familiare	-.13	.05	-.18**
Stile caotico	.27	.12	.17**
Flessibilità	.13	.06	.14**

Nota. $R^2 = .20$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabella 3

Regressione: funzionamento familiare nella predizione della bulimia (N = 438)

Variabile	B	SEB	β
Invischiamento	.21	.07	.21***

Nota. $R^2 = .04$. *** $p < .001$.

Funzionamento familiare nella predizione dell'Insoddisfazione Corporea

L'analisi della regressione multipla, effettuata sull'intero gruppo, evidenzia un coefficiente $R = .23$ che spiega il 5% della varianza della misura criterio ($F = 5.96$, $p < .03$). I predittori che assumono un peso significativo positivo nella predizione dell'Insoddisfazione corporea sono (Tabella 4): la Rigidità ($\beta = .16$, $t = 2.41$, $p < .02$) e lo Stile caotico ($\beta = .16$, $t = 2.37$, $p < .02$).

Tabella 4

Regressione: funzionamento familiare nella predizione dell'Insoddisfazione corporea (N = 438)

Variabile	B	SEB	β
Rigidità	.18	.07	.18***
Stile caotico	.17	.07	.16***

Nota. $R^2 = .05$. *** $p < .001$.

Funzionamento familiare nella predizione del binge eating disorder

L'analisi della regressione multipla, effettuata sull'intero gruppo, evidenzia un coefficiente $R = .21$ che spiega il 5% della varianza della misura criterio ($F = 4.95$, $p < .05$). Il predittore che assume un peso significativo positivo nella predizione del *binge eating*

disorder è (Tabella 5) la dimensione Invischiamento ($\beta = .16, t = 2.34, p < .02$). Il predittore che assume un peso significativo negativo nella predizione del *binge eating disorder* è (Tabella 3) la dimensione Soddisfazione familiare ($\beta = -.14, t = -2.04, p < .04$).

Tabella 5

Regressione: funzionamento familiare nella predizione del BED (N = 438)

Variabile	B	SEB	β
Invischiamento	.28	.12	.16***
Soddisfazione familiare	-.18	.09	-.14***

Nota. $R^2 = .05$. *** $p < .001$.

Discussione

L'obiettivo del presente studio è stato individuare i predittori dei fattori di rischio nell'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare. Come ipotizzato, il funzionamento familiare è in grado di predire lo sviluppo dei principali fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare, quali l'Impulso alla magrezza, la Bulimia e l'Insoddisfazione per il corpo. Nello specifico, il Disimpegno, lo Stile caotico, la Flessibilità e la Soddisfazione familiare predicono significativamente l'Impulso alla magrezza. Pertanto, gli adolescenti che sperimentano uno scarso interesse per la loro vita quotidiana da parte dei loro genitori, legami affettivi poveri e un'organizzazione familiare poco funzionale, tendono a mettere in atto frequentemente condotte alimentari finalizzate alla perdita di peso. Tali risultati trovano conferma nella letteratura internazionale (Salafia et al., 2007; Wisotsky et al., 2003), secondo cui la ricerca della magrezza è fortemente influenzata dalla percezione di una famiglia caratterizzata da alti livelli di disimpegno e flessibilità familiare. Al contrario, coloro che descrivono i loro genitori come supportivi, affettuosi e capaci di favorire l'autonomia dei membri, non mostrano preoccupazioni rispetto al peso (Barker & Galambos, 2003; Bastiani et al., 1999; Kenny & Hart, 1992).

La Bulimia è influenzata in modo significativo dall'Invischiamento. Gli adolescenti che sperimentano un ipercoinvolgimento familiare e una scarsa promozione della loro autonomia sono più a rischio di sperimentare condotte bulimiche, quali le abbuffate e comportamenti di svuotamento. A tal proposito ricerche recenti (Birch & Fisher, 2000; Fairburn, 1997; Fisher & Birch, 1999; Gillett et al., 2009; Krug et al., 2008; Taylor et al., 2006) hanno evidenziato che un eccessivo controllo da parte dei genitori sul peso dei figli, l'imposizione di un accesso limitato al cibo, norme relative alla restrizione dei pensieri e del proprio sé incrementerebbero l'insorgenza della Bulimia Nervosa e del *Binge eating*.

I predittori significativi dell'Insoddisfazione corporea sono la Rigidità e lo Stile caotico. Regole familiari vincolanti, una scarsa indipendenza tra i membri e una disorganizzazione familiare determinano un maggior rischio di sviluppare un'insoddisfazione corporea. Questo risultato è in accordo con i dati presenti in letteratura (McKnight Investigators,

2003; Stice & Agras, 1998; van den Berg et al., 2002), secondo i quali la percezione di un funzionamento familiare inadeguato, caratterizzato da una scarsa coesione e adattabilità, predice bassi livelli di autostima e un'insoddisfazione corporea, che contribuiscono allo sviluppo dei disordini del comportamento alimentare.

Il funzionamento familiare ha un forte valore predittivo anche sull'insorgenza del *binge eating disorder*. In particolare, l'invischiamento e la Soddisfazione familiare influiscono significativamente sullo sviluppo di tale disturbo. La percezione di un eccessivo coinvolgimento e controllo familiare spesso è associata alla sperimentazione di abbuffate compulsive in tempo circoscritto senza l'utilizzo di comportamenti di compenso. Questi ragazzi sperimentano continue intrusioni nel loro spazio vitale e le loro attività quotidiane sono continuamente controllate dall'intero sistema familiare, ostacolando così la conquista della loro indipendenza. La scarsa possibilità di conquistare una propria autonomia, che caratterizza le famiglie invischiate, determina forti ripercussioni anche sullo sviluppo psicologico degli adolescenti, i quali tendono a manifestare bassi livelli di differenziazione individuale e interpersonale (Fulkerson, Strauss, Neumark-Sztainer, Story, & Boutelle, 2007; Meno et al., 2008; Minuchin et al., 1980).

La predizione della Soddisfazione familiare sull'insorgenza del *binge eating disorder* è stata ampiamente confermata dai dati presenti in letteratura, secondo i quali gli adolescenti con diagnosi di *binge eating disorder* sono soliti riportare interazioni familiari caratterizzate da una scarsa espressività dei sentimenti e dei pensieri, da una comunicazione inefficace, da una scarsa coesione e forte rigidità (Kluck, 2008).

In generale, l'individuazione dei fattori di rischio all'interno del funzionamento familiare può fornire all'attività di counseling degli ottimi strumenti per intervenire sia nell'ambito della prevenzione, nei suoi vari livelli, sia nella riduzione del disagio e del senso di inadeguatezza esperito dai soggetti con disturbi del comportamento alimentare.

I limiti del lavoro esposto sono da attribuire al solo uso di strumenti *self-report* e alla valutazione del funzionamento familiare fornita solo dai figli. Un aspetto da approfondire in futuro riguarda la valutazione del funzionamento familiare tenendo conto dei diversi componenti del sistema familiare.

Bibliografia

- Apfeldorfer, G. (1996). *Anoressia, bulimia, obesità*. Milano: Il Saggiatore.
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., Petrocchi, N., & Tafà, M. (2010, September). *Italian validation of Faces IV: Psychometric properties and validity*. Poster presented at 5th Congress of the European Society on Family Relations (ESFR), Catholic University of the Sacred Heart, Milan.
- Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23, 141-165.
- Bastiani Archibald, A., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1999). Associations among parent-adolescent relationships, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls: A short-term longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 395-415.
- Bearman, S. K., Presnell, S., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 229-241.

- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- Button J., & Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11, 509-516.
- Cumella, E. J. (2006). Review of the Eating Disorder Inventory-3. *Journal of Personality Assessment*, 87, 116-117.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford.
- Di Paola, F., Faravelli, C., & Ricca, V. (2010). Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 401-405.
- Eddy, K., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, B., Brown, A., & Ludwig, S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and crosssectional risk modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2360-2371.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorder. In D. M. Claek & C. G. Fairburn (Eds.), *Cognitive behaviour therapy: Science and practice* (pp. 209-242). Oxford: Oxford University Press.
- Field, A. E., Javaras, M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, A., & Barr Taylor, C. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescence Medicine*, 162(6), 574-579.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioural response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272.
- Fulkerson, J., Strauss, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. (2007). Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: The role of the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 181-186.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Giannini, M., Pannocchia, L., Dalle Grave, R., Muratori, F., & Viglione, V. (2008). *Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). Adattamento italiano*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Gillett, K., Harper, H., Larson, H., Berrett, E., & Hardman, K. (2009). Implicit family process rules in eating-disorder and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviour*, 7, 47-55.
- Hoste, R., Hewell, K., & le Grange, D. (2007). Family Interaction among white and ethnic minority adolescents with bulimia nervosa and their parents. *European Eating Disorders Review*, 15, 152-158.
- Hymel, S., Le Mare, L., & McKee, W. (2006). *The Early Development Inventory (EDI): An examination of validity*. Vancouver, BC: Canada's Research Forum.
- Kenny, M., & Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 521-526.
- Kluck, S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471-483.
- Krug, L., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., . . . Fernández-Aranda, F. (2009). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early ado-

- lescence: A multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal of Nutrition*, 101, 909-918.
- Laghi, F., Baiocco, R., Attanasi, S., & D'Alessio, M. (2007). Attaccamento, conformismo e binge eating disorder. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 74, 283-296.
- Laghi, F., Baiocco, R., Attanasi, S., & D'Alessio, M. (2009). Stati di identità e benessere psicologico in adolescenza. *Età Evolutiva*, 93, 7-19.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). Suicidal ideation and time perspective in high school students. *European Psychiatry*, 24, 41-46.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., Gurrieri, G., & Mazza, M. (2008). Identity status and time perspective in adolescence. *International Journal of Psychology*, 43(3-4), 148.
- Laghi, F., Baiocco, R., Lonigro, A., Capacchione, G., & Baumgartner, E. (in press). Family functioning and binge drinking among Italian adolescents. *Journal of Health Psychology*.
- Laghi, F., Baiocco, R., Peduto, A., Federico, F., & D'Alessio, M. (2011). Modelli identificativi proposti in tv e binge eating disorder in adolescenza. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 78, 433-448.
- Laghi, F., D'Alessio, M., Baiocco, R., Bonacina, B., & Gurrieri, G. (2009). Binge drinking, alcohol expectancies and parenting styles in adolescence. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 259, 21-30.
- Laghi, F., D'Alessio, M., Pallini, S., & Baiocco, R. (2009). Attachment representations and time perspective in adolescence. *Social Indicators Research*, 90, 181-194.
- Laghi, F., Pallini, S., D'Alessio, M., & Baiocco, R. (2011). Development and validation of the Efficacious Self-Presentation Scale. *Journal of Genetic Psychology*, 4, 1-7.
- Lalibertè, M., Boland, F., & Leichner (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1021-1040.
- Mallinckrodt, B., McCreary, B. A., & Robertson, A. K. (1995). Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 178-186.
- Marronaro, M., Rossi, A., Aquilio, E., & Scacchioli, F. (1999). Eating Attitude Test (EAT-26) in una popolazione di 1809 studenti delle scuole medie della provincia de L'Aquila. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1, 195-202.
- McKnight Investigators (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- Mellin, E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M., & Resnick, D. (2002). Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight youth: The potential impact of familial factors. *Journal of Adolescent Health*, 31, 145-153.
- Meno, A., Hannum, W., Espelage, E., & Douglas Low, S. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9, 91-101.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- Minuchin, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche: L'anoressia mentale nel contest familiare*. Roma: Astrolabio.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story M., & Sherwood, E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 664-672.

- Olson, D. H. (1986). Circumplex model: VII. Validation studies and Faces III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3(1), 64-80.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *Faces IV and the circumplex model*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Pauls, B. S., & Daniels, T. (2000). Relationship among family, peer networks, and bulimic symptomatology in college women. *Canadian Journal of Counseling*, 34(4), 260-272.
- Rosen, J. C., Silberg, N. T., & Gross, J. (1988). Eating Attitudes Test and Eating Disorders Inventory: Norms for adolescent girls and boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 305-308.
- Salafia, H., Gondoli, M., Corning, F., McEnery, M., & Grundy, M. (2007). Psychological distress as a mediator of the relation between perceived maternal parenting and normative maladaptive eating among adolescent girls. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 434-446.
- Shomaker, B., & Furman, W. (2009). Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eating Behaviors*, 10, 97-106.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of «restrictors» and «bingers» to normal controls. *International Journal of Eating Disorder*, 10(5), 501-512.
- Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 8, 25-31.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Taylor, C., Bryson, S., Luce, K., Cunnning, D., Doyle, A., Abascal, L., . . . Wilfley, D. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 63, 81-88.
- van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Covert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007-1020.
- Vidovic, V., Jures, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication. A story of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: W. W. Norton & Co.
- Wisotsky, W., Dancyger, L., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, L., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family. Functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11, 89-99.