

Funzionamento familiare e sua percezione nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare e nei loro genitori

di Nazzaro F., Grasso M., Vona L., Loriedo C.

Introduzione

Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) sono ugualmente diffuse in tutti i paesi industrializzati del mondo, si ritiene che siano sindromi culture-bound, che affondano le proprie radici nei valori e nei conflitti della cultura occidentale, e in particolare nella costruzione dell'identità femminile e nel ruolo familiare e sociale rivestito dalla donna (Blechman e Brownell, 1998)¹.

Uno dei fattori di rischio nell'eziopatogenesi e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), è un pattern di dinamiche familiari disfunzionali²⁻³. La teoria della "famiglia psicosomatica" di Minuchin et al.⁴, suggerisce che le famiglie di pazienti con AN abbiano delle caratteristiche relazionali peculiari, quali invischiamento, rigidità, iperprotettività ed evitamento del conflitto. Tali dinamiche possono scatenare l'insorgenza del processo psicopatologico, e che i sintomi del "paziente designato", in questo contesto, sembrano rappresentare una modalità alternativa d'espressione di conflitti familiari sottaciuti e irrisolti.

In letteratura, gli studi sul funzionamento familiare⁵ nelle famiglie di pazienti con DCA riferiscono dinamiche fortemente disfunzionali rispetto ai controlli sani: le famiglie di pazienti con AN presenterebbero maggior evitamento del conflitto e rigidità rispetto ai controlli⁶, mentre le famiglie di pazienti con BN mostrerebbero elevati livelli di conflitti familiari⁷⁻⁸⁻⁹. Tali risultati hanno ottenuto una forte risonanza nel mondo scientifico e innescato un accesissimo dibattito. Secondo Vanderlinden¹⁰, lo sviluppo di un particolare disturbo alimentare, può conseguire ad un evento disturbante e traumatico, come ad esempio un ambiente familiare disarmonico e conflittuale.

In diversi studi esistenti in letteratura si è ricorso al Family Assessment Device (FAD) quale strumento d'indagine per valutare le caratteristiche del funzionamento familiare in caso di DCA. I dati ottenuti in tali ricerche appaiono discordanti.

Rivista di Psicoterapia Relazionale n. 29/2009

Steiger et al.(1991)¹¹, hanno rilevato che le famiglie di pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare presentano un funzionamento peggiore, rispetto ai controlli, nella Comunicazione e nella Risonanza Emotiva, solo due delle sette dimensioni valutate dal questionario.

Waller, Calam e Slade (1989)¹² hanno dimostrato che, rispetto ai controlli, le pazienti anoressiche considerano le proprie famiglie problematiche nell'ambito del Coinvolgimento Affettivo e del Controllo Comportamentale, mentre per le pazienti bulimiche, oltre a queste due dimensioni, risulta disfunzionale anche l'area del Problem Solving.

Secondo McGrade e Carr (2002)¹³, invece, le aree problematiche sono Problem Solving, Ruoli, Risonanza Emotiva e Funzionamento Globale.

Anche in relazione all'introduzione di una variabile indipendente che possa mutare la percezione del funzionamento familiare, i risultati, in letteratura, sono stati variabili.

Gowers e North (1995)¹⁴ hanno esaminato 35 adolescenti con anoressia nervosa e le loro madri, ed hanno evidenziato delle differenze tra madri e figlie, avendo quest'ultime denunciato un peggior funzionamento familiare, la cui entità non era peraltro correlata alla gravità del sintomo.

Friedmann (1997)¹⁵ non ha riscontrato differenze tra il paziente con disturbo della condotta alimentare e un altro membro della famiglia quando il test di riferimento è il FAD, mentre queste discordanze diventano evidenziabili attraverso altre scale di valutazione.

McDermott (2002) ha descritto la percezione del funzionamento familiare, usando il Family Assessment Device sia per i pazienti sia per i genitori, come priva di differenze rilevanti. Tuttavia, questo studio non specificava se fosse la madre o il padre ad aver compilato il questionario, e oltretutto, è stata usata solo una delle sezioni del test (Funzionamento Globale).

Obiettivi

Data la rilevanza dell'argomento e l'esiguo numero di studi a riguardo, abbiamo condotto una ricerca con casi clinici e di controllo, allo scopo di ottenere maggiori informazioni sul funzionamento delle famiglie di soggetti affetti da DCA rispetto ad un campione sano, e sull'influenza esercitata dal ruolo familiare ricoperto e dal tipo di DCA diagnosticato sulla percezione del funzionamento familiare.

Metodi

Strumenti

Il FAD è composto da sei sottoscale che valutano le rispettive dimensioni contemplate dal McMaster Model of Family Functioning (MMFF): (1) Problem Solving (PS), area che fa riferimento all'abilità della famiglia di superare le difficoltà in modo tale da preservare un efficace funzionamento familiare. (2) Comunicazione (C), dimensione che valuta le modalità di scambio delle informazioni all'interno di una famiglia. (3) Ruoli (R), area degli schemi comportamentali ricorrenti attraverso i quali i membri della famiglia adempiono alle diverse funzioni familiari. (4) Risonanza Emotiva (RE), definita come l'abilità di una famiglia di rispondere a uno stimolo dato con un'appropriata qualità e quantità emozionale. (5) Coinvolgimento Affettivo (CA), ossia il grado con cui la famiglia, nel suo complesso, mostra interesse e conferisce valore alle attività e agli interessi di ogni componente. (6) Controllo Comportamentale (CC), definita dalle modalità che una famiglia adotta nel gestire il comportamento dei singoli soggetti in merito a tre tipi di situazioni: 1) pericolose per l'integrità fisica; 2) concernenti l'espressione e la soddisfazione di bisogni psicofisici; 3) che interessano il comportamento di socializzazione. Il modello contempla una settima scala che valuta il Funzionamento Generale (FG): il complessivo stato di benessere o di patologia della famiglia. Gli items che compongono questa scala indagano tutte le altre sei dimensioni, offrendo così una buona sintesi della complessiva situazione familiare¹⁶.

Il FAD è un questionario carta e penna che può essere compilato da ciascun membro familiare con più di dodici anni; è composto da un totale di 60 items che descrivono vari aspetti del funzionamento familiare ed è suddiviso in sette sottoscale, ognuna di esse comprendente dai 6 ai 12 items. Il FAD è un questionario autovalutativo in cui ciascun membro della famiglia attesta il grado di concordanza o di discordanza con cui ogni affermazione descrive la propria famiglia, scegliendo fra quattro possibili alternative lungo un continuum su scala Likert a 4 punti: Fortemente d'Accordo (1), d'Accordo (2), Disaccordo (3) e Fortemente in Disaccordo (4). La compilazione del questionario richiede approssimativamente dai quindici ai venti minuti¹⁷. Il FAD è stato tradotto in 14 lingue, con evidenze empiriche della sua utilità e validità nei diversi contesti culturali. Una prima versione italiana del FAD è stata elaborata dalla dott.ssa R. Roncone e collaboratori dell'Università dell'Aquila¹⁸. L'ultima e definitiva versione italiana del FAD è stata sviluppata in stretta collaborazione tra gli Autori della versione originale e la

dott.ssa S. Fabbri dell'Università di Bologna¹⁹.

Assessment

Tutti i pazienti e i loro genitori hanno compilato la versione italiana del Family Assessment Device (FAD). Per lo studio è stata utilizzata la terza versione del Family Assessment Device, tradotta a cura del Prof. Paolo Migone, dell'Università di Parma. La terza versione, rispetto a quella originale del 1983, è stata arricchita di sette items, allo scopo di vagliare meglio le aree Comunicazione e Ruoli (una sola delle sette frasi aggiuntive serve a valutare l'area del Problem Solving).

Campione

I criteri d'inclusione nel campione clinico sono stati i seguenti:

- diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione in atto, basata sui criteri diagnostici del DSM-IV-TR (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, con specificato sottotipo; Disturbi dell'Alimentazione NAS);
- età compresa tra i diciassette e i trentasette anni;
- convivenza con i propri genitori;
- consenso informato all'espletamento del test da parte di tutti i membri della famiglia sottoposti a screening.

La fase del percorso terapeutico e terapie farmacologiche in atto, non sono stati valutati in relazione ai criteri d'inclusione o d'esclusione, ma, tali parametri sono stati stimati nella fase di valutazione dei risultati, per verificare se la gravità del sintomo sia in qualche modo correlabile al funzionamento familiare o alla variata percezione di esso.

Il numero iniziale di famiglie contattate è stato di 42, tuttavia, il numero di non aderenze è stato molto elevato, soprattutto tra le pazienti in regime di ricovero presso la UOC dei Disturbi del Comportamento Alimentare, 8 pazienti su 10 (80%) non hanno acconsentito alla compilazione del test. Inoltre, abbiamo potuto osservare una maggiore resistenza dei padri, rispetto alle madri, a prestare la loro collaborazione nel compilare i test.

Il campione clinico definitivo è risultato di 32 famiglie per un totale di 87 soggetti, 28 uomini (32,2%) e 59 donne (67,8%), con un'età media di 43,1 anni (DS=16,4), compresa tra 16 e 72 anni. L'età media dei genitori è di 54,4 anni (DS=7,4) compresa tra 41 e 72 anni, mentre l'età media dei figli è di 23,6 anni (DS=5,7), compresa tra 16 e 37 anni; tra i pazienti del nostro campione

l'età più rappresentata è 19-20 anni (**Figura 2**). Il numero medio dei componenti familiari è pari a 3,7 (DS=0,6), compreso fra tre e cinque, mentre il numero medio di figli in ogni famiglia è di 1,7 (DS=0,6), compreso tra uno e tre. Il campione comprende 25 padri (28,7%), 30 madri (34,5%) e 32 figli (36,8%). Degli 87 soggetti, 32 sono celibi/nubili (36,8%), 43 coniugati (49,4%), 9 divorziati (10,3%), 3 vedovi (3,4%).

Dei pazienti analizzati, 25 provengono dal Day Hospital (78,1%), 3 dal Reparto (9,4%), i rimanenti 4 dall'Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare del Policlinico Umberto I (12,5%).

Del totale dei pazienti, 29 sono donne e 3 sono uomini. Questo dato, nonostante l'esiguità del campione, ricalca perfettamente i dati di prevalenza dei DCA nei due sessi.

L'età media dei pazienti con diagnosi di AN è di $23,7 \pm 6,7$ (DS), con genitori di età media di $54,2 \pm 6,7$ (DS); l'età media dei pazienti con diagnosi di BN è di $24,0 \pm 4,1$ (DS) con genitori di età media di $48 \pm 2,9$ (DS); l'età media dei pazienti con diagnosi di EDNOS è di $23,0 \pm 3,2$, con genitori di età media di $53,7 \pm 4,3$ (DS). Tali differenze di età tra i gruppi non sono statisticamente significative ($p=n.s.$).

Nel campione ritroviamo 8 casi di Anoressia purging type (25%), 13 casi di Anoressia nonpurging (40,6%), 5 casi di Bulimia con condotte di eliminazione (15,6%), 6 casi di EDNOS (18,8%). Nel grafico che segue sono indicate le varie sindromi del comportamento alimentare rappresentate; il disturbo più rappresentato è l'anoressia nervosa ($N=21$; 65,6%). (**Figura 1**)

Figura 1 Composizione diagnostica del campione clinico.

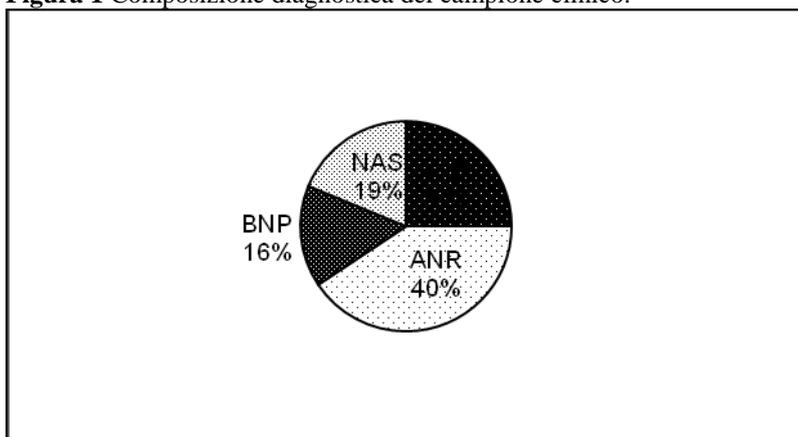
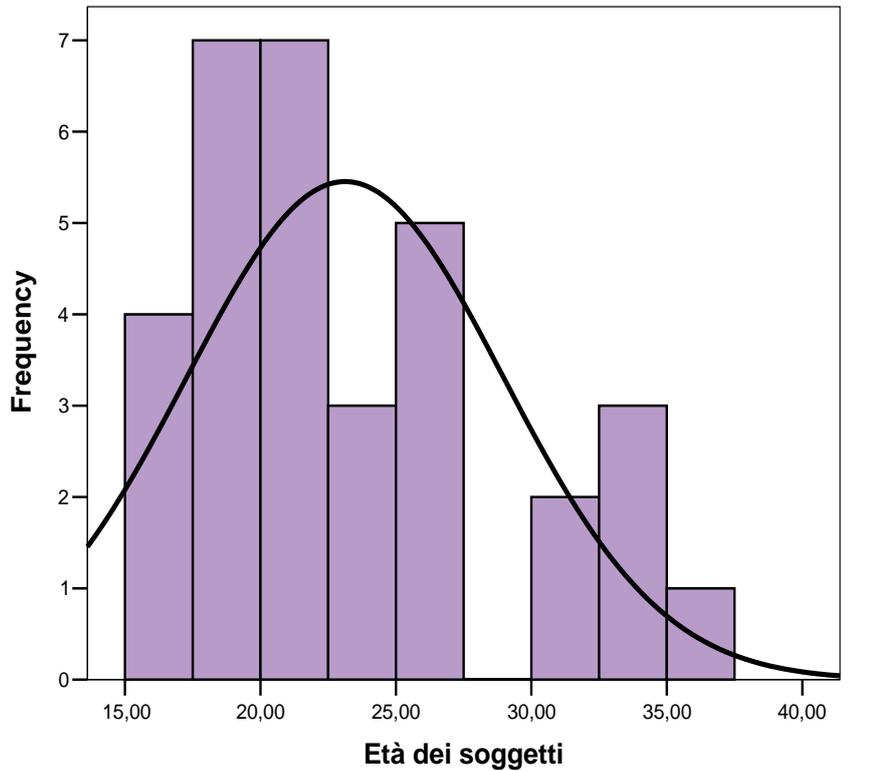


Figura 2 Distribuzione d'età nel campione clinico



I dati ottenuti dal campione clinico sono stati confrontati con i dati di un campione non clinico costituito inizialmente da 37 famiglie. Per rendere il campione normativo e rispettare le caratteristiche di rilevanza non clinica, successivamente alla somministrazione, sono stati esclusi tutti coloro che avevano dichiarato di avere una malattia organica o psichiatrica pregressa o in atto. Il campione non clinico definitivo è pertanto risultato costituito da 24 famiglie per un totale di 68 soggetti, 26 (38,2%) uomini e 42 (61,8%) donne, con un età media di 42,2 anni \pm 15,3 (DS), compresa tra 17 e 60 anni. L'età media dei genitori è di 53 anni \pm 4,5 (DS), mentre l'età media dei figli è di 22,5 anni \pm 4,6 (DS). Il numero medio dei componenti familiari è pari a 4,9 \pm 1,9 (DS), compreso fra tre e otto, mentre il numero medio di figli in ogni famiglia è di 2,9 \pm 1,9 (DS), compreso tra uno e sei. Il campione comprende 20 padri

(29,4%), 24 madri (35,3%) e 24 figli (35,3%). Dei 68 soggetti, 24 sono celibi/nubili (35,3%), 38 coniugati (55,9%) e 6 separati/divorziati (8,8%).

Non vi sono tra i due gruppi differenze statisticamente significative.

Il FAD è stato presentato nella sua versione italiana comprensiva delle spiegazioni per la compilazione del questionario, e preceduto da una breve scheda per la raccolta delle informazioni sulle principali variabili sociodemografiche (**Tabella 1**). La modalità di somministrazione è stata quella cartacea, metodica carta e penna. La compilazione è stata di tipo individuale.

Tabella 1 Caratteristiche socio-demografiche di ciascun campione

	Non-clinical sample (n=87)	%	Clinical sample (n=68)	%
Sex				
Female	59	67,8	42	61,8
Male	28	32,2	26	38,2
Mean age (SD)	43,1 (16,4)		42,2 (15,3)	
Marital status				
Married	43	49,4	38	55,9
Unmarried	32	36,8	24	35,3
Divorced	9	10,3	6	8,8
Widowed	3	3,4	/	0,0
School attendance				
≤5	15	17,6	11	16,2
6-8	33	38,2	26	38,2
9-13	31	35,4	24	35,3
>13	8	8,8	7	10,8
Occupazion				
Worker	44	50,6	38	41,8
Housewife	7	8,1	16	17,6
Pensioner	5	5,9	5	5,5
Other	31	35,4	32	35,1

Risultati

L'analisi statistica è stata effettuata con il programma Spss 13.0 for Windows; il livello di significatività è stato scelto preventivamente e pari a $p < .05$.

Le famiglie del gruppo clinico sono state appaiate per genere, età e status socio-economico, ad un gruppo di controllo estratto da un campione non referred di famiglie. Le famiglie di pazienti affetti da Disturbo del Comportamento Alimentare presentano valori superiori al cut-off in tutte le aree indagate dal test. Mettendo a confronto i casi clinici con i casi non referred (**Figura 3**), risulta evidente quanto il FAD riesca a discriminare tra famiglie funzionali e famiglie disfunzionali. Per confrontare le medie dei due campioni, è stato utilizzato il t-test. Abbiamo riscontrato una differenza significativa tra famiglie DCA e famiglie di controllo in tutte le aree (**Tabella 2**):

- Problem Solving (t-test(153)=3.706, $p < .0003$)
- Comunicazione (t-test(153)=5.112, $p < .0000$)
- Ruoli (t-test(153)=4.305, $p < .0000$)
- Risonanza Emotiva (t-test(153)=2.662, $p < .0086$)
- Coinvolgimento Affettivo (t-test(153)=5.698 $p < .0000$)
- Controllo Comportamentale (t-test(153)=3.946, $p < .0001$)
- Funzionamento Globale (t-test(153)=6.800, $p < .0000$)

È difficile stabilire se tale disfunzionalità sia primaria o secondaria, se preceda, quindi, o sia susseguente all'insorgenza della patologia alimentare nel nucleo familiare.

Tabella 2 Media e Deviazione standard in Famiglie Cliniche vs Controllo

		N	Mean	Std. Deviation
Problem Solving	Caso Clinico	87	2,2	0,05
	Controllo Sano	68	2,0	0,04
Comunicazione	Caso Clinico	87	2,4	0,05
	Controllo Sano	68	2,0	0,04
Ruoli	Caso Clinico	87	2,4	0,03
	Controllo Sano	68	2,2	0,03

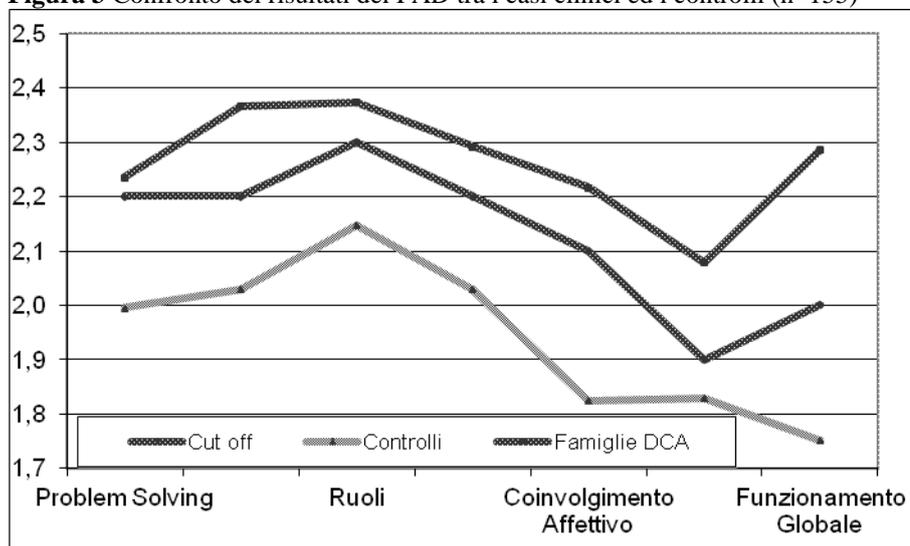
Risonanza Emotiva	Caso Clinico	87	2,3	0,06
	Controllo Sano	68	2,0	0,06
Coinvolgimento Affettivo	Caso Clinico	87	2,2	0,05
	Controllo Sano	68	1,8	0,04
Controllo Comportamentale	Caso Clinico	87	2,1	0,04
	Controllo Sano	68	1,8	0,04
Funzionamento Globale	Caso Clinico	87	2,3	0,06
	Controllo Sano	68	1,8	0,04

Tabella 3 Test *t* di uguaglianza delle medie fra Gruppo DCA e Gruppo di Controllo

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
Problem Solving	3,706	153	0.000
	3,851	152,165	0.000
Comunicazione	5,112	153	0.000
	5,315	152,100	0.000
Ruoli	4,305	153	0.000
	4,347	148,720	0.000
Risonanza Emotiva	2,662	153	0,009
	2,694	149,570	0,008
Coinvolgimento Affettivo	5,698	153	0,000
	5,911	152,497	0,000

Controllo Comportamentale	3,946 4,014	153 151,174	0,000 0,000
Funzionamento Globale	6,800 7,140	153 149,032	0,000 0,000

Figura 3 Confronto dei risultati del FAD tra i casi clinici ed i controlli (n=155)



Per quanto riguarda le famiglie DCA, i figli hanno mediamente una percezione peggiore del funzionamento familiare (**Tabella 9**) rispetto ai genitori (**Figura 5**).

Le madri e i padri, la cui percezione del funzionamento familiare non presenta differenze statisticamente significative ($p=n.s.$), denunciano dinamiche disfunzionali in tutte le aree, eccezion fatta per le dimensioni del “Problem Solving” e della “Risonanza Emotiva” per le madri. Interessante è il reperto di percezione materna marcatamente alterato nelle aree “Ruoli” e “Funzionamento Globale”, che indagano, rispettivamente, le strutture comportamentali ridondanti grazie alle quali i membri del nucleo adempiono alle funzioni familiari e il complessivo stato di benessere o di patologia della famiglia.

Applicando l'analisi della varianza univariata (ANOVA) sono stati studiati gli effetti sulla percezione delle dinamiche familiari imputabili a BMI, ruolo familiare (Genitori vs Figli) e tipo di DCA diagnosticato (AN, BN, EDNOS).

Per quanto riguarda le variabili "Diagnosi" e "BMI", queste non sembrerebbero influenzare la percezione del funzionamento familiare ($p=n.s.$), in accordo alla sempre più accreditata ipotesi di un continuum transdiagnostico nei DCA nel quale non si focalizza eccessivamente l'attenzione sul peso corporeo (**Tabella 3-4**).

La variabile "Ruolo Familiare" (Genitori vs Figli) non sembrerebbe avere effetti significativi sulla percezione delle dinamiche familiari nelle famiglie non referred (**Tabella 5**), mentre, nei casi clinici, tale variabile sembrerebbe influenzare la percezione di funzionamento nelle aree Problem Solving ($p<.008$), Comunicazione ($p<.003$) e Funzionamento Globale ($p<.026$) (**Tabella 6**). In particolare, le differenze sembrerebbero maggiori tra madri e figli (**Tabella 7**) piuttosto che tra padri e figli (**Tabella 8**), con le madri che tendono ad avere una visione meno disfunzionale rispetto agli altri membri del nucleo familiare.

Tali risultati sono in accordo con le conclusioni dello studio di Gowers e North (1995)²⁰ che hanno esaminato 35 adolescenti con anoressia nervosa e le loro madri, ed hanno evidenziato delle differenze tra madri e figlie, avendo quest'ultime denunciato un peggior funzionamento familiare, la cui entità non era peraltro correlata alla gravità del sintomo.

Tabella 3 Risultati medi del FAD per patologia

	Anoressia Nervosa (N21)	Bulimia Nervosa (N5)	Nas (N6)	Totale (N32)
Problem Solving	2,4±0,5	2,2±0,1	2,6±0,8	2,4±0,5
Comunicazione	2,6±0,4	2,3±0,3	2,6±0,8	2,6±0,5
Ruoli	2,6±0,3	2,4±0,2	2,5±0,4	2,4±0,3
Risonanza Emotiva	2,5±0,6	2,2±0,5	2,4±0,9	2,4±0,6
Coinvolgimento Affettivo	2,3±0,4	2,3±0,3	2,3±0,6	2,3±0,4
Controllo Comportamentale	2,2±0,4	2,0±0,2	2,3±0,5	2,3±0,4
Funzionamento	2,4±0,6	2,6±0,2	2,5±0,9	2,5±0,6

Globale				
----------------	--	--	--	--

Tabella 4 ANOVA univariata Diagnosi

	F	Sig. (2-tailed)
Problem Solving	0,834	0,487
Comunicazione	1,544	0,225
Ruoli	0,602	0,615
Risonanza Emotiva	0,202	0,894
Coinvolgimento Affettivo	0,092	0,964
Controllo Comportamentale	0,295	0,829
Funzionamento Globale	0,098	0,902

Tabella 5 - ANOVA univariata nel gruppo Famiglie di controllo

	F	Sig. (2-tailed)
Problem Solving	0,143	0,867
Comunicazione	2,204	0,119
Ruoli	1,952	0,150
Risonanza Emotiva	0,821	0,444
Coinvolgimento Affettivo	0,666	0,517
Controllo Comportamentale	1,515	0,227
Funzionamento Globale	1,601	0,210

Tabella 6 ANOVA univariata nel gruppo Famiglie DCA

	F	Sig. (2-tailed)
Problem Solving	5,098	0,008
Comunicazione	6,139	0,003
Ruoli	1,076	0,346
Risonanza Emotiva	2,862	0,063
Coinvolgimento Affettivo	1,364	0,269
Controllo Comportamentale	2,209	0,116
Funzionamento Globale	3,832	0,126

Tabella 7 Differenze Madri-Pazienti

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
Problem Solving	-2,881	60	0,005
	-2,900	58,972	0,005
Comunicazione	-3,024	60	0,004
	-3,039	59,609	0,004
Ruoli	-0,159	60	0,875
	-0,158	56,274	0,875
Risonanza Emotiva	-2,230	60	0,030
	-2,230	59,981	0,029
Coinvolgimento Affettivo	-1,422	60	1,60
	-1,422	59,795	1,60
Controllo Comportamentale	-2,041	60	0,46
	-2,037	59,190	0,46

Funzionamento Globale	-1,977	60	0,53
	-1,933	58,327	0,51

Tabella 8 Differenze Padre-Paziente

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
Problem Solving	-2,175	55	0,034
	-2,263	54,668	0,028
Comunicazione	-2,642	55	0,011
	-2,767	54,045	0,008
Ruoli	-1,524	55	0,133
	-1,526	54,857	0,126
Risonanza Emotiva	-1,374	55	0,175
	-1,425	54,856	0,160
Coinvolgimento Affettivo	-1,343	55	0,185
	-1,358	53,618	0,180
Controllo Comportamentale	-1,324	55	0,191
	-1,327	52,156	0,190
Funzionamento Globale	-2,473	55	0,017
	-2,620	52,193	0,011

Figura 4 Risultati del FAD per patologia

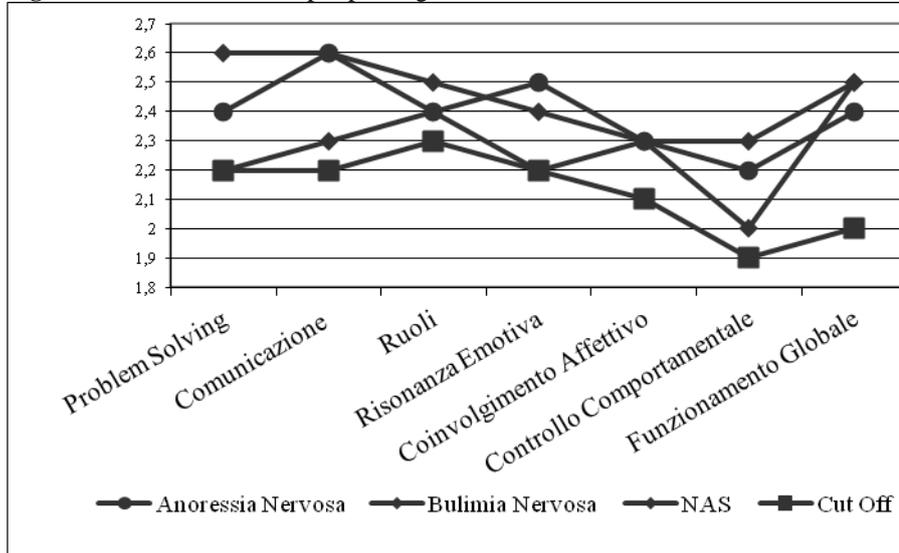
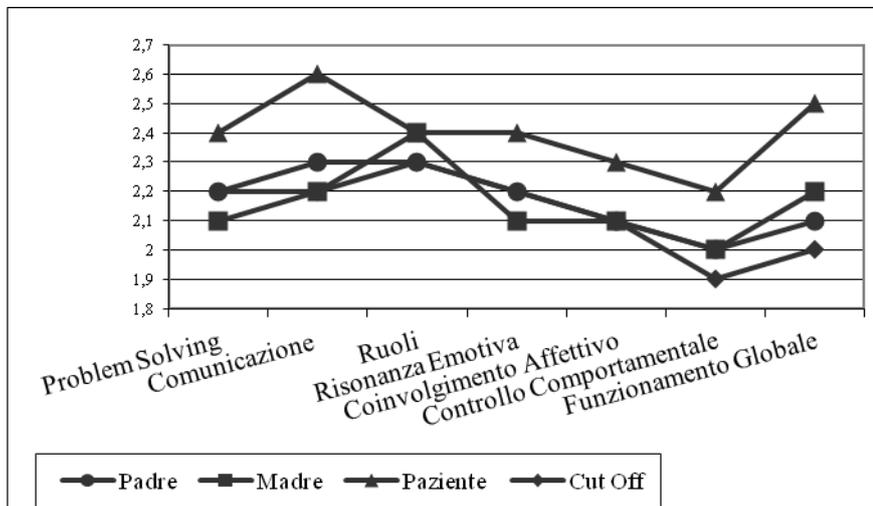


Tabella 9 Media, Deviazione Standard e Mediana di Padri, Madri e Pazienti con DCA

	Padre (N25)	Madre (N30)	Paziente (N32)
Problem Solving	2,2±0,4	2,1±0,4	2,4±0,5
Comunicazione	2,3±0,3	2,2±0,4	2,6±0,5
Ruoli	2,3±0,2	2,4±0,4	2,4±0,4
Risonanza Emotiva	2,2±0,5	2,1±0,6	2,4±0,6
Coinvolgimento Affettivo	2,1±0,4	2,1±0,4	2,3±0,4
Controllo Comportamentale	2,0±0,4	2,0±0,4	2,2±0,4
Funzionamento Globale	2,1±0,4	2,2±0,5	2,5±0,6

Figura 5 Risultati del FAD in Famiglie DCA



Conclusioni

La discrepanza dei risultati ottenuti negli studi condotti utilizzando il FAD come strumento descrittivo di famiglie DCA, può essere spiegata con il fatto che alcuni di essi hanno reclutato solo pazienti il cui ruolo nella famiglia era di figli, mentre altri hanno reclutato anche pazienti con ruolo di genitore. Questa ipotesi è conforme ai risultati di uno studio su un campione non clinico che suggerisce che essere in una diversa tappa del ciclo vitale familiare può influenzare la percezione del funzionamento familiare stesso²¹.

I risultati della nostra ricerca confermano che i soggetti con patologie alimentari denunciano dinamiche familiari disfunzionali. In particolare, l'esame dettagliato dei dati, ha fatto emergere importanti risultati per quanto concerne funzionamento affettivo, comportamentale e comunicativo.

Per quanto riguarda l'area della Comunicazione, ossia dello scambio di informazioni strumentali e affettive, emerge che il campione clinico mostra risultati significativamente disfunzionali rispetto ai controlli. Ciò è in accordo con i dati riportati da studi precedenti (Steiger et al., 1991; Wallin, 1996; Emanuelli, 2004; Kugu, 2006).

La Comunicazione, nelle famiglie DCA, tende ad essere indiretta (il messaggio non è diretto alla persona verso cui è inteso) e mascherata (il contenuto del messaggio non è esplicito, chiaro). Questo dato è molto importante ed è supportato dalle osservazioni cliniche di patterns comunicativi contraddittori tipici delle famiglie di un individuo con disturbi della condotta

alimentare.⁷ Questi risultati indicano che una relazione disfunzionale è caratterizzata da una comunicazione indiretta e contraddittoria, condizione critica sia nello sviluppo che nel mantenimento della patologia. Il sintomo, quindi, si iscrive in questo quadro come mezzo comunicativo: la teoria della comunicazione, infatti, giudica un sintomo come un messaggio non verbale tipo «non sono io che non voglio (o che voglio) far questo, è qualcosa che non posso controllare, è la malattia». Tale area risulta più disfunzionale nell'anoressia nervosa piuttosto che nella bulimia nervosa, e tale dato sembra concordare con la sintomatologia di questi disturbi: il “messaggio”, nell'AN, è veicolato con modalità più appariscente, la progressiva perdita di peso, l'emaciazione, il progressivo ritiro sociale sono segni palesi e drammatici di malessere.

L'area del Controllo comportamentale risulta disfunzionale nelle famiglie DCA, in relazione all'alterata espressione e soddisfazione dei bisogni biologici e delle pulsioni, oltre che agli alterati processi di socializzazione sia all'interno sia all'esterno della famiglia. Dall'osservazione clinica delle famiglie analizzate emerge un controllo comportamentale rigido nelle famiglie AN e caotico, imprevedibile nelle famiglie BN. Tali osservazioni concordano con le conclusioni dello studio di Waller (1989).

L'area del Coinvolgimento Affettivo, come in Kugu (2006) e Waller (1989), risulta fortemente alterata nelle famiglie DCA rispetto ai controlli non referred. Le famiglie DCA, quindi, presentano o una totale mancanza di coinvolgimento, o un coinvolgimento simbiotico, in cui l'interesse reciproco è estremo e patologico, tale da non permettere la differenziazione dei membri del nucleo familiare.

Sebbene diversi studi suggeriscano l'esistenza di un substrato familiare differente nell'AN e nella BN²², i nostri risultati non supportano questa ipotesi. I due gruppi, infatti, mostrano una percezione del funzionamento familiare simile, in accordo ai risultati di Waller e coll.

L'assenza di una differenza statisticamente significativa della percezione del funzionamento familiare nei diversi disturbi del comportamento alimentare può essere spiegata con il fatto che i pazienti con diagnosi di AN (in base ai criteri del DSM-IV-TR) rappresentano la quota maggiore del nostro campione; nell'AN, spesso, si tende a negare qualsiasi problema, a idealizzare i propri genitori, a compiacere gli altri, e tutto ciò può alterare i modelli di risposta nella direzione dell'accettabilità sociale invalidando in tal modo l'uso degli strumenti autodescrittivi.

Anche se avessimo trovato un modello particolare di interazione familiare, tuttavia, resta da dimostrare la sua specificità e il suo significato causale in ogni singola paziente. Nonostante queste precisazioni cautelative, crediamo

che il ricorso allo screening della percezione delle dinamiche familiari, realizzabile per esempio attraverso un test semplice come il FAD, dovrebbe far parte del normale processo diagnostico. Supponendo che le dinamiche familiari siano associate ai Disturbi dell'Alimentazione, diventa necessario lavorare anche con le famiglie.

Le limitazioni del presente studio possono essere uno spunto per ricerche future. In primo luogo, sarebbe importante ampliare il campione e valutarne attentamente l'eterogeneità. Ad esempio, sarebbe utile, non solo differenziare tra i vari sottotipi dei diversi disturbi dell'alimentazione (Wandereycken, 2002)²³, ma valutare anche il tono dell'umore, che, come afferma Fornari (1999)²⁴, potrebbe influenzare la percezione delle dinamiche familiari, soprattutto quando si ricorre a questionari auto-somministrati. Oltretutto, è necessario considerare l'influenza della fase del trattamento sulla percezione delle dinamiche familiari, soprattutto in presenza di una terapia familiare. Infine, come controllo, sarebbe auspicabile ricorrere non solo ad un campione non clinico, ma anche ad un campione composto da una popolazione psichiatrica non affetta da DCA.

Riassunto

Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa sono sindromi diffuse in tutti i paesi industrializzati, e, pertanto, si ritiene che siano sindromi culture-bound. Uno dei fattori di rischio nell'eziopatogenesi e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), è un pattern di dinamiche familiari disfunzionali. Scopo dello studio è quello di descrivere il funzionamento familiare in caso di DCA, confrontandolo con un campione di controllo, e di studiare l'influenza del ruolo familiare del tipo di DCA diagnosticato, sulla percezione del funzionamento familiare. Hanno compilato il Family Assessment Device (FAD) 32 pazienti e le loro famiglie, per un totale di 87 persone. I componenti delle famiglie del campione clinico sono stati appaiati per genere, età e status socio-economico ad un gruppo di controllo, composto da 24 famiglie, per un totale di 68 soggetti. Le famiglie del gruppo clinico percepiscono un peggior funzionamento familiare rispetto ai controlli in ogni area del FAD. I risultati della nostra ricerca confermano che i pazienti DCA riferiscono dinamiche familiari disfunzionali. In particolar modo, l'esame dettagliato dei dati, ha lasciato emergere risultati importanti nell'ambito della comunicativo, affettivo e comportamentale

Parole chiave: Disturbi del Comportamento Alimentare, McMaster Model of

Family Functioning, Family Assessment Device, Genitori, Comunicazione.

Abstract

Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are equally diffused in all industrial countries of the world, therefore they are said to be culture-bound syndromes. One of the risk factors in pathogenesis and maintenance of eating disorders is a dysfunctional pattern of family dynamics. The aim of this study was to describe family functioning in ED in comparison with controls, and to study the influence of the family role and the type of ED diagnosed, on the perception of family interactions. 32 patients with eating disorders and their parents, for a total of 87 persons, completed the Family Assessment Device (FAD). Clinical families were paired for gender, age and social-economic status to a control group constituted by 24 families, for a total of 68 participants. The clinical families perceived their family functioning as significantly worse than control families on every area of the FAD. Our research's results confirm that ED patients report non-functional family interaction. Particularly, data's detailed exam, let emerge important results on communication, affective and behavioural functioning.

Key words: *Eating disorders, McMaster Model of Family Functioning, Family Assessment Device, Parents, Communication.*

Note

- 1 Blechman EA, Brownell KD, (eds) *Behavioral Medicine and Women*. The Guilford Press, New York, 1998.
- 2 Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organisation and family therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1975;**32**: 1031- 8.
- 3 Selvini-Palazzoli M. *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal*. London: Chancer press; 1974.
- 4 Kog E, Vandereycken W, Vertommen H. Towards a verification of the psychosomatic family model: a pilot study of ten families with an anorexia/bulimia nervosa patient. *Int J Eat Disord* 1985;**4**:525 – 38.
- 5 Waller G, Calam R, Slade P. Eating disorders and family interaction. *Br J Clin Psychol* 1989;**28**:285- 6.
- 6 Kog E, Vandereycken W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eat Disord* 1989;**8**:11 - 23.
- 7 Jhonson C, Flach A. Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiatry* 1985;**142**:1321 - 4.
- 8 Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Disord* 1990;**9**:479 - 85.

- 9 Humphrey LL. Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consult Clin Psychol* 1989;**57**:206- 14.
- 10 Vanderlinden J, Vandereycken W. *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Astrolabio 1997.
- 11 Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussein, N. (1991). Personality and family disturbances in eating disorder patients; comparison of “restricters” and “purgers” to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, **10**, 501–512.
- 12 Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, **28**, 285–286.
- 13 McGrane D, Carr A (2002). Young women at risk for eating disorders: perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy* **24**(2), 385-395.
- 14 North C., Gowers S., Byram V.: Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*, **167**, 673-678, 1995.
- 15 Friedmann M.S., McDermut W.H., Solomon D.A., Ryan C.E., Keitner G.I., Miller I.W.: Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, **36**, 357-367 1997.
- 16 Epstein, Bishop & Levin (1983) The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, **9**, 171-180
- 17 Epstein N, Baldwin L, Bishop D (1983) The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther* **9**: 171-180.
- 18 Roncone, R., Rossi, L., Muiere, E., Impallomeni, M., Matteucci, M., & Giacomelli, R., et al. (1998). The Italian version of the Family Assessment Device. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**, 451–461.
- 19 Grandi S, Fabbri S, Scortichini S, Balzani R, Validazione italiana del Family Assessment Device (FAD), *Rivista di Psichiatria*, 2007, **42**, 2-13.
- 20 North C., Gowers S., Byram V.: Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*, **167**, 673-678, 1995.
- 21 Akister J., Stevenson-Hinde J.: Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device. *J. Fam. Therapy*, **13**, 411-421, 1991.
- 22 Kog E, Vandereycken W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eat Disord* 1989;**8**:11 - 23.
- 23 Vandereycken, W. (2002). Families of patients with eating disorders. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2nd ed.) (pp. 215–220). London: Guilford Press.
- 24 Fornari V., Wlodarczyk-Bisaga K., Matthews M., Sandberg D., Mandel F. S., and Katz J. L: Perception of Family Functioning and Depressive Symptomatology in Individuals With Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 1999: pp 434-441.