

Una scheda per la valutazione dei fattori di rischio individuali e famigliari dei disturbi alimentari

Sara Baroni*, Giulia Fiorini**, Elisa Varacalli**, Mauro Di Lorenzo*, Alfio Maggiolini*

*Psicoterapeuta Minotauro

**Psicologa

Riassunto

In una prospettiva di psicopatologia evolutiva nella valutazione dei disturbi è utile prendere in considerazione, oltre alla diagnosi, i fattori di contesto e di sviluppo. L'attenzione a diversi fattori di protezione e di rischio può aiutare i clinici non solo a formulare una diagnosi, ma anche a prefigurare l'esito della presa in carico, in una prospettiva di valutazione attuariale. All'interno dell'equipe della presa in carico dei disturbi alimentari del Minotauro è stata costruita una scheda di rilevazione dei fattori di rischio e protezione dei disturbi alimentari, a partire da quelli indicati in letteratura, che tiene conto sia di fattori individuali e famigliari, sia di fattori di sviluppo. Gli psicoterapeuti dell'equipe hanno compilato una scheda di rilevazione dei fattori individuali e una dei fattori famigliari per 31 ragazze con disturbi alimentari al termine della presa in carico. Un'eventuale nuova versione breve, che riduca il numero di item, potrebbe essere utilizzata dagli psicoterapeuti che prendono in carico adolescenti e giovani adulti con disturbi alimentari per affiancare all'intuito clinico uno strumento a sostegno del processo di valutazione, aumentandone la validità.

Parole chiave: *disturbi del comportamento alimentare – fattori di rischio e protezione – valutazione attuariale*

La diffusione dei disturbi del comportamento alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), l'anoressia, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata o *binge eating*, sono disturbi complessi che interessano soprattutto la popolazione femminile nella fascia 12-25 anni. In Italia, si stima siano presenti 4-8 nuovi casi di anoressia per anno su 100.000 individui e 9-12 nuovi casi di bulimia, con un'età di esordio tra i 10 e i 30 anni e un'età media di insorgenza di 17 anni.

Attualmente l'aumento di questi disturbi pone diverse questioni relative sia alla loro diffusione tra le donne adulte, sia a un progressivo abbassamento dell'età di esordio, intorno ai 9-10 anni, soprattutto nella bulimia e nel disturbo da alimentazione incontrollata (Riva, 2014).

In epoca di pandemia da Covid-19, i disturbi del comportamento alimentare sembrano essere aumentati del 30% tra gli adolescenti. Durante il *lockdown* l'isolamento sociale forzato, anche per via della didattica a distanza e la chiusura nello spazio domestico, senza alcuna possibilità di uscire per qualsivoglia attività, hanno complessivamente aumentato il disagio giovanile, che si è tradotto nell'area dei disturbi alimentari in un aumento degli esordi e delle situazioni di recidiva, oltre che in una riacutizzazione da parte delle persone già sofferenti questi disturbi (Erzegovesi, Ogliari, 2021; Dalla Ragione, 2020).

Anoressia, bulimia nervosa e *binge eating*, sono la dodicesima causa di disabilità per le donne di età compresa tra i 15 e 19 anni in Paesi ad alto reddito e possono aumentare il rischio di disfunzioni permanenti in diversi apparati dell'organismo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico, ecc.) fino a portare, nei casi più severi, alla morte (*Global Burden of Disease Study*, 2013). D'altra parte, soprattutto tra le adolescenti, i problemi nella relazione con il cibo e con il peso sono così diffusi e assumono livelli di gravità talmente disparati da poter risultare una tipica espressione del disagio evolutivo. L'incremento della diffusione e l'abbassamento dell'età di esordio, infatti, hanno progressivamente allargato lo spettro dei disturbi alimentari dalla patologia grave al disagio evolutivo (Riva, 2014).

Un approccio improntato alla psicopatologia evolutiva, quindi, può essere particolarmente adatto a descrivere questi problemi (Maggiolini, 2017). In questa prospettiva un disturbo è considerato come il frutto sia della combinazione di fragilità individuali, di fattori di rischio del contesto familiare, sociale e culturale, sia delle perturbazioni dovute alle transizioni evolutive, con la difficoltà ad affrontare compiti di sviluppo fase-specifici.

La valutazione di un problema alimentare e la prognosi sulla sua evoluzione, quindi, possono essere facilitate dalla combinazione di uno sguardo diagnostico, rivolto ai sintomi e ai tratti di personalità, con una valutazione di fattori di rischio e di protezione del contesto familiare e sociale, uniti all'attenzione al modo in cui un adolescente affronta la fase evolutiva che sta attraversando.

Fattori di rischio e di protezione

La letteratura sui fattori di rischio e di protezione dei disturbi del comportamento alimentare ne ha ormai individuato un lungo elenco:

- *Percezione corporea*, come il controllo del peso, l'insoddisfazione corporea, il pensiero

ossessivo sul corpo (Stice et al., 2017; Walker et al., 2017).

- *Caratteristiche di personalità*, come il perfezionismo (Bardone-Cone et al., 2007; Johnstona, et al., 2018), la scarsa autostima (Puttevils et al., 2019), l'impulsività (Olatunji, et al., 2015), la difficoltà di mentalizzazione e regolazione delle emozioni (Lavender et al., 2015).

- *Competenze relazionali*, tra cui si trovano una socializzazione carente (Godart et al., 2004), la presenza di uno stile di attaccamento insicuro (Kuipers et al., 2016), l'influenza di pressioni sociali e la sensibilità alle critiche (Copeland et al., 2015; Jacobi et al., 2011).

- *Eventi traumatici*, tra cui abusi fisici, psicologico-emotivi e trascuratezza (Goncalves et al., 2016; Burns et al., 2012).

- *Investimento sul futuro*, in termini di scarsa capacità di proiettarsi nel futuro e di elaborare un proprio progetto di vita (Jacobi, Fittin, 2010; Gongora, 2014);

- *Caratteristiche del sistema familiare*, quali l'incapacità di gestire i conflitti (Berge et al., 2014; Minuchin et al., 1979), invischiamento (Cunha et al., 2009), una comunicazione povera (Lattimore et al., 2000), la scarsa flessibilità (Everri et al., 2016).

- *Caratteristiche del ruolo genitoriale*, come l'inadeguatezza delle cure e dell'assistenza fornite dai genitori, (Vandereycken, 1994, Hautala et al., 2011), la scarsa empatia (Hautala et al., 2011) e l'iperprotezione (McEwen e Flouri, 2009).

- *Il rapporto dei genitori con il proprio corpo*, quali l'insoddisfazione corporea (Benedikt, et al., 1998), il perfezionismo e le condotte di controllo del peso materne (Woodside et al., 2002), la presenza nella storia familiare di disturbi alimentari (Hilbert et al., 2014), uno stile familiare critico nei commenti relativi alla forma corporea (Rodgers, Chabrol, 2009).

A questo elenco di fattori, in una prospettiva di psicopatologia evolutiva, possono essere aggiunti il modo in cui l'adolescente vive l'ingresso nella pubertà e il cambiamento del corpo, il livello di autonomia dalle figure genitoriali e in particolare dalla madre, le capacità di inserimento in un gruppo dei pari, il rapporto con la scuola e i processi di apprendimento e le vicende delle relazioni sentimentali.

Un giudizio clinico, per formulare una valutazione del livello di gravità di un disturbo alimentare non dovrebbe limitarsi a prendere in considerazione i sintomi e il livello di funzionamento del paziente ma integrarli con altri fattori di rischio e protezione.

La stessa prospettiva è stata applicata ad altri tipi di problemi. Un comportamento antisociale, per esempio, può essere pensato come distribuito in un continuum in relazione al livello di funzionamento, che va dall'espressione di una fisiologica trasgressività adolescenziale, al comportamento antisociale come parte di una nevrosi, ad un vero e proprio disturbo nevrotico di personalità con tratti antisociali, al comportamento antisociale in altri

disturbi di personalità (come narcisistico o borderline), al disturbo narcisistico di personalità con comportamento antisociale, ad una sindrome di narcisismo maligno, al disturbo antisociale di personalità vero e proprio fino alla psicopatia (Gabbard, 2014). In una prospettiva evolutiva, all'attenzione a questi livelli di funzionamento si aggiungono le osservazioni sul contesto familiare (le competenze educative genitoriali, a conflittualità, il livello di patologia dei genitori, l'inserimento sociale della famiglia, più o meno positivo, fino all'appartenenza da una cultura antisociale), sulla progettualità individuale (impegno a scuola, lavoro, tempo libero), sul contesto evolutivo del gruppo dei pari più o meno devianti e di quartiere. Questi elementi sono stati raccolti in una semplice scheda di valutazione del rischio di recidiva dei reati minorili, che si è dimostrata attendibile (Maggiolini, 2014).

L'attenzione alla complessità dei fattori di rischio e protezione di un disturbo in età evolutiva, può allargare la prospettiva diagnostica ad un approccio attuariale (Meehl, 1996), in cui l'attenzione si sposta dalla diagnosi alla formulazione del rischio di recidiva o di aggravamento di uno specifico problema, come prodotto della combinazione di molti fattori, che serve a formulare una previsione sull'evoluzione del disturbo.

La costruzione della scheda

Al Minotauro da anni è attiva un'equipe di presa in carico dei disturbi del comportamento alimentare, coordinata da Elena Riva, che segue un approccio psicoanalitico ed evolutivo, attento quindi sia alla formulazione di una diagnosi, sia alla condizione familiare e alla relazione tra disturbi e difficoltà nel raggiungimento dei compiti evolutivi fase-specifici. La presa in carico al Minotauro avviene a partire da una fase di consultazione rivolta all'adolescente e a entrambi i genitori. Nella maggior parte dei casi viene attivata in parallelo la consulenza di una nutrizionista, che fa parte del gruppo di lavoro, per valutare la condizione fisica della paziente, monitorando l'andamento del disturbo durante il trattamento.

In questo contesto è maturata l'idea di sintetizzare in uno strumento i fattori di rischio e di protezione che possono influenzare l'esito della presa in carico, integrando l'intuizione clinica. In molti altri ambiti, tra cui il trattamento dell'antisocialità in adolescenza e nell'intervento con gli adolescenti suicidari, l'osservazione clinica si accompagna proficuamente ad una rilevazione attuariale dei fattori di protezione e di rischio in grado di orientare il percorso evolutivo dell'adolescente e l'esito del trattamento.

A questo scopo l'analisi dei fattori di rischio e protezione presenti in letteratura è stata integrata con l'attenzione a fattori evolutivi. Questo lavoro ha prodotto un primo strumento composto da 32 item riguardanti variabili individuali e 23 item relativi a variabili di contesto familiare, una *check list* con quattro possibilità di risposta, che rappresentano un livello di

rischio crescente dal valore di -1, che rappresenta una condizione protettiva, al livello 0, descritto come condizione neutra, fino a 1, indice di presenza di rischio, e 2 classificato come rischio grave. Questa scheda è il frutto di un approfondito lavoro di discussione in equipe.

I fattori che sono stati sintetizzati per il rischio individuale e di contesto sono i seguenti.

Fattori di rischio individuale

1. Gravità (dalla preoccupazione per la dieta, a persistenti condotte restrittive o bulimiche strutturate da tempo)

2. Ideali di perfezionismo

3. Percezione di aspettative eccessive da parte degli altri

4. Compiacenza

5. Comportamenti ossessivi o disordine patologico

6. Disagio o rifiuto del corpo

7. Rifiuto della sessualità e tendenza a nascondere il proprio corpo

8. Pensieri ossessivi riguardo al peso e alle forme del corpo

9. Evitamento di situazioni che confrontano con l'immagine del proprio corpo

10. Rifiuto dei pasti condivisi in famiglia

11. La perdita di peso è un pensiero fisso

12. Disprezzo e attacchi verso sé stessi

13. Autostima irrealisticamente bassa o grandiosa

14. Condotte auto-lesive

15. Comportamenti impulsivi

16. Forte riferimento a modelli mediatici

17. Episodi come vittima di bullismo e/o di scherno rispetto al corpo

18. Commenti critici rispetto al peso e/o forma fisica da parte di un adulto di riferimento

19. Attività fisica eccessiva finalizzata a perdere peso o grave trascuratezza

20. Commenti o critiche rispetto al peso e/o forma fisica da parte dei genitori

21. Scarsa socializzazione all'interno di gruppi di pari

22. Relazioni sentimentali disfunzionali

23. Vita sessuale

24. Mentalizzazione: incapacità di riflettere sugli stati interni propri e altrui

25. Stile di attaccamento disorganizzato

26. Incompetenza nel riconoscere le emozioni e nel regolarle

27. Progettualità assente

28. Abusi e traumi
29. Precedenti interventi fallimentari, con possibili ricoveri
30. Rifiuto netto di ogni cura, nessuna percezione di bisogno
31. Altre psicopatologie
32. Livello di funzionamento borderline o psicotico

Fattori di rischio di contesto

1. Condizioni della famiglia (coppia stabile, conflittuale o famiglia monogenitoriale)
2. Comunicazione confusa, incoerente, segreti di famiglia
3. Scarso livello di autonomia garantito dai genitori
4. Distorsioni nella gestione dei conflitti o segreti gravi di famiglia
5. Reazione familiare inadeguata ad eventi stressanti
6. Invischiamento tra i membri della famiglia
7. Aspettative irrealistiche o negative dei genitori sul figlio
8. Lutti e perdite
9. Incapacità di affrontare i cambiamenti
10. Tensione e/o conflittualità durante i pasti
11. Iperprotezione
12. Incapacità di accudimento da parte di entrambi i genitori
13. Mancanza di empatia
14. Disturbi alimentari in un genitore
15. Psicopatologia dei genitori
16. Derisione in relazione al peso
17. Incoraggiamento della dieta
18. Rapporto disturbato dei genitori con il proprio corpo
19. Importanza eccessiva attribuita al peso e alle forme corporee
20. Abitudini alimentari in famiglia disfunzionali
21. Perfezionismo di uno dei genitori
22. Assenza educativa dei familiari
23. Ambivalenza o opposizione dei genitori verso l'intervento

I terapeuti dell'equipe hanno compilato le schede per 31 adolescenti femmine tra i 13 e 26 anni, di cui il 90% studentesse e il 10% lavoratrici. L'esordio del disturbo alimentare in questo campione si colloca nell'infanzia nel 7% dei casi, mentre nel 19% dei casi è avvenuto in preadolescenza (11-13 anni) e nel 74% in adolescenza (14-16). Il 61% dei casi presenta

condotte restrittive, il 23 % bulimia e nel 13% dei casi è presente un disturbo misto, in cui i due tipi di condotta si alternano.

Sono stati analizzati casi già conclusi, con una durata del percorso terapeutico che varia dai tre mesi ai quattro anni. Il coinvolgimento dei genitori durante la presa in carico nel 40% dei casi si è limitato alla fase iniziale di consultazione, nel 35 % è proseguito per tutto il percorso terapeutico della figlia, mentre nel 25% dei casi solo un genitore ha continuato (generalmente la madre).

Risultati

I terapeuti coinvolti nello studio attribuiscono ai casi descritti elevati livelli di perfezionismo, in particolare ideali rigidi e pensieri ossessivi (35%) e ideali elevati perseguiti con notevoli sforzi (54%). Un disagio moderato (32%) o grave, fino al rifiuto (54%) caratterizza il rapporto con il corpo. La qualità dell'esperienza interna è intaccata, con oscillazioni tra sentimenti di vuoto e grandiosità (83%). Prevalso un *attaccamento insicuro* (81%) piuttosto che sicuro (9%) o disorganizzato (9%). I *comportamenti autolesivi* caratterizzano una ragazza su tre (29%) e la frequenza di *traumi e critiche* ricevute (42%) è in linea con i dati riportati in letteratura (Haw & Hawton, 2008). Mentre, tra i fattori di protezione, nella metà dei casi (61%) viene riportato un *atteggiamento collaborativo* nei confronti della psicoterapia.

Per quanto riguarda il *rischio contestuale*, le famiglie appaiono agli psicoterapeuti in difficoltà nella gestione dei conflitti (84%), che sono evitati attivamente (52%) o caratterizzati da gravi distorsioni, agiti, reazioni inappropriate (32%). Una netta percentuale di famiglie (81%) presenta dinamiche invischiate, ma al contempo uno scarso *accudimento* da parte di entrambi i genitori (62%) ed *aspettative elevate, irrealistiche o negative sui figli* (74%). I pasti sono spesso caratterizzati da *un'atmosfera negativa* (87%).

Le analisi di correlazione (r di Pearson), di associazione (chi quadrato di Pearson) e i confronti tra medie (Anova) consentono di individuare interazioni significative tra i fattori di rischio individuali e di contesto. Rispetto al nostro campione emerge una correlazione notevole tra fattori di rischio individuali e di contesto ($r = 0.68$, $p < 0.01$) e in generale la durata del percorso terapeutico correla positivamente con l'esito del trattamento ($r = 0.21$; $p < 0.05$).

Le adolescenti che svolgono in modo regolare un'attività sportiva agonistica o amatoriale presentano un esito migliore rispetto a chi non pratica sport o lo fa in modo non strutturato ($F = 7.19$, $p < 0.05$). Il medesimo risultato si ritrova in chi svolge una o più attività extracurricolari ($F = 7.20$; $p < 0.05$).

Dall'analisi delle variabili che riguardano le attività delle ragazze, emerge il ruolo protettivo

di fattori legati al contesto, sottolineando l'importanza di un approccio che tenga conto dei bisogni e dei compiti specifici di questa fase del ciclo di vita, in cui è fondamentale l'espressione delle caratteristiche del Sé e la dimensione relazionale con i pari e con adulti di riferimento esterni alla famiglia.

Alcuni risultati (tabella 1) confermano i dati di precedenti ricerche. Le abitudini alimentari in famiglia, per esempio, risultano significativamente associate al desiderio di perdere peso ed è risaputo che l'atmosfera familiare durante i pasti e le abitudini alimentari in famiglia rappresentino importanti fattori di rischio (Neumark-Sztainer et al., 2004).

La presenza educativa e un efficace accudimento da parte dei genitori si associano a livelli elevati di autostima e di accettazione di sé nelle figlie. Anche l'empatia dei genitori si associa ad una loro migliore regolazione emotiva. Questi risultati confermano le ricerche che hanno messo in relazione i disturbi del comportamento alimentare con i disturbi dell'attaccamento (Tasca, Balfour, 2014).

Altre conclusioni presenti in letteratura, invece, non sono state confermate nel campione preso in considerazione, ad esempio la presenza del disturbo alimentare nella storia familiare (Hilbert et al., 2014) o tra il rapporto dei genitori con il proprio corpo (in termini di attenzione e controllo del peso) e l'atteggiamento critico verso il corpo e la forma fisica delle figlie (Benninghoven et al., 2007), l'insoddisfazione corporea (Benedikt et al., 1998), il perfezionismo e l'attenzione e il controllo del peso da parte delle madri (Woodside et al., 2002), la presenza nella storia familiare di disturbi alimentari (Hilbert et al., 2014), uno stile familiare critico nei commenti relativi alla forma corporea (Rodgers, Chabrol, 2009).

Tabella 1. Associazioni significative tra fattori di rischio

Item contestuali	Item individuali	Chi quadrato di Pearson	Commento
Abitudini alimentari in famiglia	Rapporto con il peso	$\chi^2(6)=14.64p=.023$	Attenzione ossessiva per la dieta è associata alla perdita di peso come obiettivo principale
Psicopatologia genitori	Psicopatologia figlia	$\chi^2(9)=22.54p=.007$	Psicopatologia attuale del genitore si associa a gravi problemi psicopatologici della figlia
Presenza	Atteggiamento	$\chi^2(6)=12.38p=.054$	Ruolo educativo rigido e

educativa	verso il Sé		coercitivo è associato a disprezzo e attacchi al Sé
Empatia genitori	Regolazione delle emozioni	$\chi^2(9)=19.93$ p=.018	Empatia adeguata ai bisogni dell'età si associa a buona capacità di comprendere e comunicare le emozioni
Incoraggiamento alla dieta	Critiche genitoriali rispetto alla forma fisica	$\chi^2(9)=15.99$ p=.067*	Assenza di incoraggiamento a seguire una dieta si associa all'assenza di commenti/critiche sia nel passato che nel presente
Perfezionismo di uno dei genitori	Critiche genitoriali rispetto alla forma fisica	$\chi^2(9)=20.34$ p=.016	Perfezionismo disfunzionale del genitore si associa a critiche nel passato e presente
Importanza attribuita al peso	Critiche genitoriali rispetto alla forma fisica	$\chi^2(9)=21.88$ p=.009	Costanti riferimenti al peso e alla sua importanza si associano a critiche continuative nel passato e nel presente
Capacità di accudimento	Atteggiamento verso il Sé	$\chi^2(6)=15.10$ p=.019	Parziale incapacità di accudimento di entrambi i genitori si associa a disprezzo e attacchi verso di sé
Capacità di accudimento	Autostima	$\chi^2(6)=11.42$, p=.076*	Incapacità di accudimento in entrambi i genitori si associa a autostima irrealistica bassa o grandiosa

Gestione familiare dei conflitti	Condotte autolesive	$\chi^2(9)=16.16p=.063^*$	Gravi distorsioni nella gestione dei conflitti o reazioni inappropriate si associano a condotte autolesive saltuarie
----------------------------------	---------------------	---------------------------	--

* Tendente alla significatività

Conclusioni, limiti e prospettive future

Gli psicoterapeuti che prendono in carico adolescenti e giovani con un disturbo alimentare dovrebbero prestare una particolare attenzione a:

- La gravità iniziale
- Le precedenti prese in carico
- Uno stile di attaccamento insicuro
- Caratteristiche individuali come un basso livello di autostima e una scarsa capacità di regolazione degli affetti (sia sul versante impulsivo che in quello inibito)
- La presenza di gesti autolesivi
- Difficoltà di socializzazione e nella costruzione di relazioni di coppia.

Per quanto riguarda il contesto familiare, i fattori di rischio a cui prestare una particolare attenzione sono:

- La psicopatologia dei genitori
- L'invischiamento dei ruoli e l'incapacità a gestire conflitti
- La scarsa capacità di far fronte ad eventi stressanti
- La mancanza di collaborazione nella presa in carico.

Questo studio preliminare ha diversi limiti, per il ridotto numero di casi, il fatto che il campione è solo di femmine e che i dati siano stati raccolti in un solo centro clinico.

A nostro parere, comunque, l'interesse per la costruzione di uno strumento di valutazione in ingresso sta nel tentativo di porre l'attenzione a diversi fattori di rischio e protezione, che possono orientare e integrare la valutazione basata sull'intuito clinico.

A partire da questi primi risultati, sarebbe utile realizzare una scheda più semplice, in una versione più breve, che possa essere testata in ingresso e la cui predittività possa essere verificata al termine del percorso.

Bibliografia

Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S.,

Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 3, 384–405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>.

Benedikt, R., Wertheim, E.H., & Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers, *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 1, 43-57.

Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 2, 118-123.

Berge, J.M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M.E., Loth, K.A., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of behavioral medicine*, 37, 2, 205-217.

Burns, E., Fischer, S., Jackson, J. L., Harding, H. G. (2012). Deficits in Emotion Regulation Mediate the Relationship between Childhood Abuse and Later Eating Disorder Symptoms. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 36, 1, 32- 39.

Copeland, W.E., Bulik, C.M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S.T., Costello, E.J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International Journal Eating Disorders*, 48, 8, 1141-1149.

Cunha, A., Relvas, A., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 2, 229–240.

Dalla Ragione, L. (2020). *Covid: in aumento del 30% i casi di anoressia e bulimia*. https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/medicina/2020/11/13/covid-in-aumento-del-30-i-casi-di-anoressia-e-bulimia.

Erzegovesi, S., Ogliari, A. (2021). *Pandemia e disturbi del comportamento alimentare tra gli adolescenti: allerta anoressia nervosa*, <https://www.hsr.it/news/2021/marzo/disturbi-comportamento-alimentare-adolescenti-2021>.

Everri, M., Mancini, T., & Fruggeri, L. (2016). The role of rigidity in adaptive and maladaptive families assessed by FACES IV: The points of view of adolescents. *Journal of child and family studies*, 25, 10, 2987-2997.

Gabbard, O.G. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice* (5a ed.) American Psychiatric Press. Tr.it. *Psichiatria Psicodinamica*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015.

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2013). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 386 (2015), pp. 743-800.

Godart, N.T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M.F. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and weight disorders*, 9, 4, 249- 5.

Gonçalves, S., Machado, B., Silva, C., Crosby, R.D., Lavender, J.M., Cao, Li., Machado, P.P. (2016). The Moderating Role of Purging Behaviour in the Relationship Between Sexual/Physical Abuse and Nonsuicidal Self-Injury in Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 24, 2, 164-168.

Gongora, V.C. (2014). Satisfaction With Life, Well-Being, and Meaning in Life as Protective Factors of Eating Disorder Symptoms and Body Dissatisfaction in Adolescents. *Eating Disorders*, 22, 435–449.

Hautala, L., Helenius, H., Karukivi, M., Maunula, A.M., Nieminen, J., Aromaa, M., Pirjo-Riitta Liuksila P.R., Raiha H., Valima M., & Saarijärvi, S. (2011). The role of gender, affectivity and parenting in the course of disordered eating: a 4-year prospective case-control study among adolescents. *International journal of nursing studies*, 48, 8, 959-972.

Haw, C., Hawton, K. (2008). Life problems and deliberate self-harm: associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 109, 139-148.

Hilbert, A., Pike, K.M., Goldschmidt, A.B., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G., Dohm, F.A., Walsh, B.T. & Weissman, R.S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220, 1-2, 500-506.

Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S.W., Wilfley, D., Kraemer, H.C., Taylor, C.B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41, 1939-1949.

Jacobi, C., Fittig, E. (2010). *Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders*. The Oxford Handbook of Eating Disorders.

Johnston, J., Shub, C.Y., Hoiles, K.J., Clarke, P.J.F., Watson, H.J., Dunlope, P.D., Egan, S.J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behaviors*. 30, 55–60.

Kuipers, G.S., Van Loenhout, Z., Van der Ark, L.A., Bekker, M.H.J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment and human development*, 18, 3, 250–272.

Lattimore, P.J., Wagner, H.L., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8, 355–368.

Lavender, J. M., Wonderlich, S.A., Engel, S. G., Gordon, K.H., Kaye, W.H., Mitchell, J.E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122.

Maggiolini, A. (2014) *Senza paura, senza pietà: valutazione e trattamento degli adolescenti antisociali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Maggiolini, A. (2017). *Psicopatologia del ciclo di vita*. Milano: Franco Angeli.

McEwen, C., & Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: the role of emotion regulation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 4, 206-216.

Meehl, P.E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and a review of the evidence*, Lanham: Rowan & Littlefield/Jason Aronson, pp.V-XII.

Minuchin, S., & Fishman, H.C. (1979). Psychosomatic family in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 1, 76-90.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Fulkerson, J. A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 35, 5, 350-359.

Olatunji, B.O., Cox, R., Ebesutani, C., Wall, D. (2015). Self-harm history predicts resistance to inpatient treatment of body shape aversion in women with eating disorders: The role of negative affect. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 37-46.

Puttevils, L., Vanderhasselt, M., Vervaeke, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *Eat. Disorders Review*, 27, 381– 390.

Riva, E., a cura di (2014). *Ferite e ricami nella clinica dei disturbi alimentari, l'arte del kintsugi*, Milano: Mimesis.

Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *European Eating Disorders Review*, 17, 2, 137 e 151.

Stice, E., Gau, J.M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM–5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 1, 38–51.

Tasca, G.A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 7, 710–717.

Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behavior and eating disorders. In: Perris, C., Arrindell, W.A., Eisemann, M. (Eds.), *Parenting and Psychopathology*, UK/New York, John Wiley & Sons Ltd., Chichester, pp. 219–234.

Walker, D.C., White, E.K., Vamshek, J., & Srinivasan, B.S. (2017). Meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 8, 745-770.

Woodside, D. B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H. & Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 3, 290-299.

Appendice

Schede di valutazione

A. Rischio individuale

1. Gravità

- 1 Condotte non strutturate (preoccupazione per la dieta)
- 0 Condotte restrittive o bulimiche episodiche
- 1 Condotte restrittive o bulimiche organizzate (da qualche mese)
- 2 Condotte restrittive e bulimiche strutturate da tempo (più di un anno)

2. Ideali di perfezionismo

- 1 Ideali di riuscita realistici e dipendenti dall'attività, con realistici timori di sbagliare
- 0 Non ha standard elevati e ha ragionevoli paure di sbagliare
- 1 Ideali elevati che persegue con grandi sforzi
- 2 Rigidi ideali di perfezione, crolli, pensieri ossessivi e paure catastrofiche

3. Aspettative degli altri

- 1 Buon equilibrio fra propri bisogni e aspettative degli altri
- 0 Normali conflitti con le aspettative degli altri
- 1 Si preoccupa in modo eccessivo delle aspettative di alcune persone
- 2 Percezione di aspettative eccessive da parte degli altri, con possibili crolli

4. Comportamento in infanzia rispetto alle aspettative genitoriali

- 1 Comportamenti adeguati
- 0 Non percepiva particolari aspettative
- 1 Era compiacente nei confronti del padre o della madre
- 2 Era estremamente compiacente nei confronti di entrambi i genitori

5. Comportamenti di ordine e disordine

- 1 Attenzione normale all'ordine ed alla pulizia
- 0 Scarsa attenzione, normale disordine adolescenziale
- 1 Eccessivo ordine o disordine
- 2 Comportamenti ossessivi o disordine patologico

6. Atteggiamento verso il corpo

-1 Soddisfazione generale per il corpo

0 Normale disagio evolutivo per l'aspetto fisico

1 Disagio per alcuni aspetti del corpo in relazione al peso/forma

2 Forte disagio o rifiuto del proprio corpo

7. Sessualità

-1 Accetta il cambiamento del corpo, si trova bene nel proprio corpo maschile o femminile

0 Normali difficoltà nel rapporto con la propria sessualità

1 Non accetta la propria sessualità

2 Rifiuta e nasconde il proprio corpo

8. Controllo del corpo

-1 Non è assorbito da pensieri ricorrenti relativi al corpo

0 Sono presenti pensieri disturbanti sul proprio corpo in situazioni di stress

1 Ha spesso pensieri disturbanti in relazione al proprio corpo

2 Ha pensieri ossessivi riguardo al peso e alle forme del corpo, comportamenti autolesivi

9. Atteggiamento in situazioni in cui il corpo è esposto al proprio sguardo (es specchio)

-1 Ha un adeguato piacere nel guardarsi

0 Non presenta preoccupazioni a riguardo

1 Presenta un marcato disagio nel confrontarsi con l'immagine del proprio corpo

2 Presenta condotte di evitamento di situazioni che la confrontano con l'immagine del proprio corpo

10. Pasti condivisi in famiglia

-1 Sempre quando è possibile

0 Occasionalmente, senza particolare disagio

1 Solo occasionalmente e sentendosi a disagio

2 Mai, evita di mangiare con i familiari

11. Rapporto con il peso

-1 Non desidera perdere di peso

0 Non parla e non riporta desideri di perdere peso

1 La perdita di peso è un effetto collaterale rispetto ad altri obiettivi

2 La perdita di peso è un obiettivo principale

12. Atteggiamento verso di sé

-1 Capacità di prendersi cura, accettazione di sé

0 Capacità di prendersi cura ma mancanza di accettazione di sé

1 Scarsa accettazione e/o capacità di cura verso sé stesso

2 Disprezzo, rabbia ed attacchi verso sé stesso

13. Autostima

-1 Autostima stabile e realistica anche sotto stress

0 Autostima generalmente adeguata ma intaccata da situazioni stressanti o conflittuali

1 Sentimenti di vuoto, incompletezza o eccessiva autofocalizzazione

2 Alternanza tra un'autostima irrealisticamente bassa o irrazionalmente grandiosa

14. Condotte auto-lesive

-1 Sono assenti condotte autolesive sia attuali che in passato

0 Condotte autolesive sono state presenti in passato

1 Condotte autolesive sono presenti in modo saltuario

2 C'è una presenza regolare e ripetuta di condotte autolesive

15. Comportamenti impulsivi (relazioni sentimentali, finanze, rapporti con la famiglia)?

-1 Riesce a mantenere gli impegni e ad adattarsi alle richieste

0 A volte è impaziente, incostante ed impulsivo

1 In situazioni di stress sono presenti condotte impulsive

2 Ha stabilmente comportamenti sregolati che mettono a rischio sé stessi e i rapporti

16. Atteggiamento verso i modelli mass mediatici che propongono la magrezza come ideale

-1 Si riferisce a tali modelli in modo critico

0 Non fa riferimento a tali modelli

1 Talvolta si riferisce a questi modelli

2 E' estremamente influenzato da questi modelli e ci si riferisce spesso

17. Presenza di episodi come vittima di bullismo e/o di scherno rispetto al corpo

-1 Assenti sia in passato sia nel presente

0 Presenti in modo episodico

1 Presenti in modo continuativo nel passato

2 Presenti in modo continuativo nel passato e nel presente

18. Presenza di commenti o critiche rispetto al peso e/o forma fisica da parte di un adulto di riferimento (insegnante/allenatore)

-1 Assenti sia in passato sia nel presente

0 Presenti in modo episodico

1 Presenti in modo continuativo nel passato

2 Presenti in modo continuativo nel passato e nel presente

19. Attività fisica

-1 Normale attività fisica

0 Non svolge attività fisica

1 Attività fisica finalizzata a modellare e scolpire il corpo o trascuratezza della forma fisica

2 Attività sportiva eccessiva finalizzata a perdere peso o grave trascuratezza

20. Presenza di commenti o critiche rispetto al peso e/o forma fisica da parte dei genitori

-1 Assenti sia in passato sia nel presente

0 Presenti in modo episodico

1 Presenti in modo continuativo nel passato

2 Presenti in modo continuativo nel passato e nel presente

21. Capacità di socializzazione e di interazione all'interno di gruppi di pari

-1 Ha relazioni con i pari soddisfacenti e positive

0 Ha relazioni con i pari nei quali si sente a disagio

1 Non ha un gruppo di riferimento

2 con i pari che rinforzano i comportamenti problematici

22. Relazioni sentimentali

- 1 Ha una relazione sentimentale stabile e soddisfacente
- 0 Non ha relazioni sentimentali
- 1 Relazioni sentimentali disfunzionali (simbiotiche o per contro promiscue)
- 2 Ha relazioni sentimentali instabili e caotiche

23. Vita sessuale

- 1 Soddisfazione generale per la propria sessualità
- 0 Sessualità presente ma vissuta con assenza di coinvolgimento emotivo
- 1 Sessualità insoddisfacente e utilizzata come strumento di controllo della relazione
- 2 Sessualità assente ed indifferenza a riguardo

24. Capacità di mentalizzazione

- 1 Capacità di comprendere e riflettere sugli stati interni, i pensieri, i desideri ed i bisogni propri e altrui, anche sotto stress
- 0 Generalmente capace di comprendere gli stati interni, senza rifletterci troppo sopra
- 1 In situazioni di conflitto emotivo perde la consapevolezza dei propri ed altrui stati mentali
- 2 E' incapace di ipotizzare, inferire o comprendere o riflettere sugli stati interni propri e altrui

25. Stile di attaccamento

- 1 Prevalentemente sicuro
- 0 Insicuro o evitante in alcune relazioni significative
- 1 Prevalentemente Insicuro evitante o preoccupato
- 2 Disorganizzato

26. Competenza nel riconoscere le emozioni e nel regolarle

- 1 Buona capacità di comprendere e comunicare le emozioni
- 0 Adeguata capacità di comprendere le emozioni ma difficoltà a comunicarle
- 1 Scarsa capacità di riconoscere le emozioni e di comunicarle
- 2 Gravi alcune nel riconoscimento delle emozioni, acting out come principale

modalità di espressione emotiva

27. Progettualità

- 1 E' complessivamente soddisfatto e guarda al futuro in modo positivo
- 0 Non ha una valutazione precisa di sé e del suo futuro
- 1 E' insoddisfatto del presente e preoccupato per il futuro
- 2 E' profondamente insoddisfatto e ha una visione negativa del suo presente e futuro

28. Abusi e traumi

- 1 Assenza di abuso o traumi
- 0 Superamento di situazioni traumatiche
- 1 Presenza di eventi di abuso o trauma
- 2 Presenza di relazioni abusanti persistenti o traumi ripetuti

29. Precedenti interventi

- 1 Non ha avuto bisogno di precedenti interventi
- 0 Ha avuto brevi interventi di aiuto con evoluzione positiva
- 1 Ha seguito percorsi di intervento vari
- 2 Ripetuti interventi precedenti fallimentari, con possibili ricoveri

30. Atteggiamento verso le cure

- 1 Richiesta di aiuto e atteggiamento positivo verso la possibilità di ricevere aiuto
- 0 Accettazione della proposta da parte dei genitori e relativa apertura alla presa in carico
- 1 Scarsa aderenza all'idea di farsi aiutare
- 2 Rifiuto netto di ogni cura, nessuna percezione di bisogno

31. Altre psicopatologie

- 1 Non ha altri problemi psicopatologici di rilievo
- 0 Qualche problema di tipo evolutivo
- 1 Qualche problema significativo (ansia, depressione, abuso di sostanze, fobie o altro)
- 2 Gravi problemi psicopatologici

32. Livello di funzionamento

- 1 Buona organizzazione di personalità, buona capacità di mentalizzazione
- 0 Organizzazione di personalità nevrotica, consapevolezza di vivere conflitti interni
- 1 Organizzazione di personalità borderline
- 2 Organizzazione di personalità psicotica

B. Rischio di contesto

1. Stato dei genitori

- 1 Coppia stabile
- 0 Separazione non conflittuale
- 1 Separazione conflittuale
- 2 Famiglia monogenitoriale

2. Comunicazione in famiglia

- 1 Buona comunicazione
- 0 Scarsa comunicazione
- 1 Comunicazione povera, poco chiara o distorta
- 2 Comunicazione confusa, incoerente, segreti di famiglia

3. Livello di autonomia garantito dai genitori

- 1 Adeguato in funzione all'età della ragazza
- 0 Alcuni ambiti di autonomia adeguati, alcune aree di dipendenza
- 1 Scarsa autonomia, eccessiva dipendenza dai genitori
- 2 Autonomia irrealistica e pericolosa in relazione all'età o dipendenza completa dai genitori

4. Gestione dei conflitti

- 1 Adeguata, si affrontano e risolvono i conflitti
- 0 Assenza di espliciti conflitti
- 1 Evitamento attivo dei conflitti familiari
- 2 Gravi distorsioni nella gestione dei conflitti, agiti e reazioni inappropriate, o segreti gravi di famiglia

5. Reazione familiare ad eventi stressanti

- 1 Adeguata, gli eventi stressanti vengono affrontati in modo funzionale
- 0 Non emergono eventi stressanti nella storia familiare
- 1 Inadeguata, carente capacità di gestione dello stress
- 2 Gravemente inadeguata e disfunzionale

6. Livello di invischiamento

- 1 Buona differenziazione tra i membri della famiglia
- 0 Coesione elevata ma senza invischiamento
- 1 Livello di invischiamento significativo/ scarsa vicinanza, che non intacca il comportamento adattivo
- 2 Livello grave di invischiamento/assenza di vicinanza, con conseguenze importanti sul livello adattivo dei membri

7. Aspettative dei genitori sul figlio

- 1 Adeguate all'età ed al funzionamento
- 0 Assenza di aspettative
- 1 Aspettative elevate
- 2 Aspettative irrealistiche o negative

8. Lutti e perdite

- 1 Non sono riferiti lutti o perdite
- 0 Presenza di lutti / perdite elaborati in modo adeguato
- 1 Presenza di lutti ancora non elaborati, non collegati al sintomo
- 2 Presenza di lutti non elaborati collegati al sintomo

9. Capacità di affrontare i cambiamenti

- 1 Adeguata, i cambiamenti sono gestiti in modo flessibile
- 0 Non emergono particolari cambiamenti nella storia familiare
- 1 Inadeguata fatica ad affrontare i cambiamenti e a modificare i propri comportamenti
- 2 Gravemente inadeguata a causa di eccessiva rigidità nelle dinamiche familiari

10. Atmosfera durante i pasti

-1 Positiva e rilassata

0 I pasti non si svolgono insieme

1 Assenza di coinvolgimento relazionale, eccessiva concentrazione sul cibo

2 Tensione e/o conflittualità durante i pasti

11. Iper protezione di almeno uno dei genitori

-1 Quasi mai presente

0 Comportamenti protettivi tipici di età precedenti

1 Iperprotettività in situazioni di stress o di cambiamento

2 Costanti comportamenti iperprotettivi anche in situazioni di tranquillità

12. Accudimento

-1 Buone capacità di accudimento di entrambi i genitori

0 Sufficienti capacità

1 Parziale incapacità di accudimento da parte di entrambi i genitori

2 Incapacità di accudimento da parte di entrambi i genitori

13. Empatia

-1 empatia adeguata ai bisogni dell'età

0 empatia adeguata a un'età infantile

1 Mancanza di empatia

2 Freddezza e proiezioni negative

14. Disturbi alimentari in un genitore

-1 Assenti

0 Presenti in forma subclinica nel passato

1 Presenti in forma diagnosticabile nel passato

2 Attualmente presenti e diagnosticabili

15. Psicopatologia dei genitori

-1 Nessun problema

0 Problematiche personali non ascrivibili a psicopatologia

1 Presenza di psicopatologia conclamata in uno dei genitori in passato

2 Presenza di psicopatologia attuale

16. Atteggiamento negativo in relazione al peso (derisione)

- 1 Assenti per la consapevolezza che siano fonte di disagio
- 0 Assenti per scarsa attenzione del genitore su questo aspetto
- 1 Presenti in modo significativo nel passato, attualmente assenti
- 2 Presenti in modo significativo attualmente

17. Incoraggiamento della dieta

- 1 Assente per la consapevolezza che sia un fattore di rischio
- 0 Assente per scarsa attenzione del genitore su questo aspetto
- 1 Presente in modo significativo nel passato, attualmente assente
- 2 Presente in modo significativo sia nel passato sia attualmente

18. Rapporto dei genitori con il proprio corpo

- 1 Adeguato in termini di soddisfazione per il proprio corpo
- 0 Superficiale / disinteresse
- 1 Sentimenti di insoddisfazione e disagio/eccessiva attenzione
- 2 Disturbi legati ad un marcato disagio corporeo

19. Importanza attribuita al peso e alle forme corporee

- 1 Non è considerato rilevante
- 0 Qualche riferimento, ma senza sottolineature
- 1 Elemento significativo ma senza insistenza
- 2 Costanti riferimenti al peso ed alla sua importanza

20. Abitudini alimentari in famiglia

- 1 Adeguate per età e storia personale
- 0 Scarso interesse per il proprio peso
- 1 Abitudini alimentari disfunzionali, aumento ponderale eccessivo o oscillazioni ponderali
- 2 Attenzione ossessiva per una dieta e per il proprio peso

21. Perfezionismo di uno dei genitori

- 1 Assente
- 0 Presente ma non tale da risultare disfunzionale
- 1 Presente e disfunzionale per il sé

2 Gravemente disfunzionale con ricadute sul rapporto con la figlia

22. Presenza educativa dei familiari

-1 Ruolo educativo efficace e coerente

0 Ruolo educativo talvolta inefficacie o insufficiente

1 Ruolo educativo rigido fino a diventare coercitivo

2 Mancanza di riferimenti educativi o incoraggiamento di comportamenti disfunzionali

23. Rapporto con le cure

-1 Consapevolezza del bisogno di cure adeguata e buona collaborazione

0 Atteggiamento adeguato

1 Opposizione di un genitore alla presa in carico

2 Ambivalenza o opposizione di entrambi i genitori