- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Particolarmente dedicato ai medici e agli operatori della salute, l'articolo collocato in questa sezione risponde a una domanda fondamentale sulla possibilità di utilizzare, fuori dal campo in cui esso nasce, il sapere che origina dal lavoro degli psicoterapeuti.

Especially adressed to practitioners and other health specialists, the article placed in this section answers to the main question on the possibility to make use of the knowledge resulting from the work of psychoterapists outside the field in which it is bore.

Dedicado especialmente a los médicos y demás profesionales de la salud, el artículo presentado en esta sección responde al tema fundamental sobre la posibilidad de utilizar los conocimientos derivados del trabajo de los psicoterapeutas fuera de su campo original.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Dinamiche relazionali in famiglie con pazienti anoressiche e bulimiche adolescenti: risultati di una ricerca clinica

Luigi Onnis[1], Elena Barbara[2], Sara Di Giacomo[3], Andrea Giambartolomei[2], Angela Maria Mulé[2], Pierluigi Gabriel Nicoletti[3], Carla Granese[4], Sara Gentilezza[4]

Riassunto. Il lavoro qui presentato è parte di una più ampia ricerca clinica sull'efficacia del trattamento integrato nei DCA in adolescenza, svolta presso la UOC di Psicoterapia del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche dell'Età Evolutiva entrambi della Sapienza Università di Roma. La dimensione relazionale esplorata attraverso l'impiego del Test WFT (Wyltwick Family Tasks o Metodo dei Compiti Familiari) rivela l'esistenza di differenti "costellazioni interattive" nelle situazioni di anoressia e bulimia, relative alle modalità disfunzionali d'interazione familiare, definite da Minuchin, permettendo inoltre di collegare differenze nelle interazioni disfunzionali della famiglia alla diversa fenomenologia dei sintomi anoressico e bulimico, così da rintracciare anche nella matrice relazionale una chiave interpretativa della diversa modalità d'espressione somatica della sofferenza.

Parole chiave. Anoressia, bulimia, terapia familiare, approccio integrato, WFT (Test Wyltwick Family Tasks), metodo dei compiti familiari, dinamiche relazionali.

Summary. *Relational dynamics in families with adolescent anorexic or bulimic patient: evidences of a clinical research.*

This study is part of a wider clinical research on an Integrated Treatment efficacy in adolescent Anorexia and Bulimia, conducted by the Psycotherapy Unit of the Psichyatric Sciences and Psycological Medicine Department in collaboration with the Neuropsychiatric Department both of "La Sapienza" University of Rome. The relational dimension has been explored with the Wyltwick Family Task method and shows different "Interactional Constellations" in Anorexia and Bulimia related to the Minuchin's Disfunctional Family Interaction Model. This allows to connect the different

[1]Docente di Psichiatria e Psicologia Clinica, Responsabile UOC di Psicoterapia del Dipartimento Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica Sapienza Università di Roma; Coordinatore del Gruppo di Ricerca sui DCA.

2Psichiatra, Psicoterapeuta, componente del Gruppo di Ricerca sui DCA.

3Psicologo, componente del Gruppo di Ricerca sui DCA.

4Medico Chirurgo, componente del Gruppo di Ricerca sui DCA.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

family disfunctional interaction patterns to the different symptomatic phenomenology of the two anorexic and bulimic diseases, so that it's possible to find out an interpretation key for the different symptomatic expression in the relational background.

Key words. Anorexia, bulimia, family therapy, integrated approach, WFT (Test Wyltwick Family Task), relational dynamics.

Resumen. El trabajo presentado es parte de una más amplia investigación clínica sobre eficacia del tratamiento integrado y DCA en adolescencia, desarrolada en la UOC de Psicoterapia del Dipartimiento de Ciencias Psiquiátricas y Medicina Psicológica en colaboración con el Dipartimiento de Ciencias Neuropsiquiátricas de la Edad Evolutiva ambos de la Sapienza Universidad de Roma. La dimensión relacional esplorada a traves la utilización del test WFT (o metodologia de las tareas familiares) revela la existencia de diferentes "constelaciones interactives" en situaciones de anorexia y bulimia, en relación con las modalidades disfuncionales de interación familiar, definida de Minuchin, permitiendo a de más de conjugar diferencias en las interaciones disfuncionales de la familia a la diferente fenomenologia de las sintomas anoréxico y bulímico, así da encuentar tambien en la matriz relacional una llave interpretativa de la diferente modalidad de expresión somática del sufrimiento.

INTRODUZIONE

"La famiglia è un sistema interpersonale governato da *regole di relazione*" [1].

Gli elementi costitutivi della famiglia, non sono soltanto i membri che ne fanno parte, ma anche le relazioni che si stabiliscono tra di loro; tra queste, quelle che tendono a ripetersi e ad assumere una particolare stabilità nel tempo vengono indicate come "regole" di relazione e influenzano il comportamento reciproco dei membri in una dinamica circolare.

Descrivere i modelli di interazione familiare significa, dunque, orientare lo studio sulle regole di interazione, sulle loro caratteristiche specifiche, sulla loro funzionalità o disfunzionalità.

Gli studi più noti sui modelli interattivi disfunzionali sono quelli condotti da Salvador Minuchin et al. [2] a Filadelfia su numerose famiglie accomunate dalla presenza di un sintomo psicosomatico. Attraverso la somministrazione del Test Wyltwick Family Tasks [3], uno strumento da lui stesso elaborato per poter sondare il legame esistente tra sintomo e organizzazione disfunzionale delle famiglie, Minuchin osservò una specificità dell'organizzazione familiare rispetto ad un'aspecificità per il sintomo manifestato. Minuchin definisce la struttura familiare come "l'invisibile insieme di richieste funzionali, che determina i modi in cui i componenti della famiglia interagiscono" [4]. È dunque, all'interno della struttura familiare, e grazie ad essa, che si stabiliscono le funzioni, i ruoli, le competenze dei vari membri della famiglia e che si definiscono, di conseguenza, le regole di relazione tra loro. Questo vale anche per il ruolo di "paziente designato". In queste famiglie sembra esistere un rigido sistema di alleanze, strutturato intorno a modelli interattivi altamente ridondanti, che esercita un potente blocco evolutivo [4].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Minuchin ha individuato quattro modalità interattive che caratterizzano la "famiglia psicosomatica": invischiamento; iperprotettività; evitamento del conflitto; rigidità [2].

L'*invischiamento* consiste in un alto grado di coinvolgimento ed attaccamento reciproco tra i membri della famiglia, in una percezione scarsamente differenziata di sé e degli altri e in confini deboli tra i sottosistemi familiari che fanno sì che le gerarchie vengano confuse.

La seconda modalità descritta è l'*iperprotettività*, riferita ad un alto grado di preoccupazione per il benessere reciproco tra i membri familiari. In queste famiglie vengono continuamente sollecitate ed offerte risposte che esprimono cura e protezione. Spesso le manifestazioni di disagio, che comprendono anche il comportamento sintomatico e le offerte di protettività, deviano l'attenzione della famiglia da un conflitto emergente.

L'*evitamento* e/o la *mancata risoluzione del conflitto* è la terza caratteristica: si manifesta nella tendenza comune a cooperare, con tutta una serie di meccanismi, per nascondere la conflittualità ed il disaccordo, in modo che rimanga latente, non esploda mai apertamente o comunque non si risolva. Il conflitto così rimane coperto, viene negato o comunque si focalizza esclusivamente sulle difficoltà alimentari della paziente.

La *rigidità*, quarta e ultima modalità, è l'aspetto che più costantemente caratterizza i sistemi patologici e consiste nella ripetizione stereotipata delle stesse regole di relazione, nella difficoltà ad accettare processi di trasformazione. Ogni tentativo in questo senso da parte di un membro stimola abitualmente una successione di eventi volti a mantenere lo *status quo*.

Queste dimensioni, insieme agli aspetti clinici e intrapsichici, sono state esplorate nell'ambito di una ricerca sull'efficacia di un trattamento integrato dei Disturbi del Comportamento Alimentare, condotta nella UOC di Psicoterapia diretta dal prof. Luigi Onnis, del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche dell'Età Evolutiva, entrambi della Sapienza Università di Roma [5-10]. Durante l'esperienza clinica diretta avvenuta all'interno del lavoro di ricerca, abbiamo potuto osservare delle differenze tra le dinamiche interattive disfunzionali nelle situazioni di anoressia e in quelle di bulimia. L'utilizzo del Test WFT modificato [2] ci ha permesso di esplorare e quantificare questi tratti caratterizzanti e sembra confermare l'esistenza di differenti costellazioni interazionali tra famiglie con pazienti anoressiche e famiglie con pazienti bulimiche già evidenziato in una nostra precedente ricerca [10].

STUDI SUL FUNZIONAMENTO DELLE FAMIGLIE DI PAZIENTI CON DISTURBI ALIMENTARI

Attualmente esiste un considerevole corpo di studi sul funzionamento familiare nei disturbi alimentari, tuttavia molti di questi presentano problemi metodologici che rendono poco validi i risultati ottenuti e in ogni caso non offrono un quadro univoco e non sono facilmente riassumibili nel breve spazio che qui concederemo all'argomento.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Nella maggior parte di questi studi vengono utilizzati questionari autosomministrati, come il Family Environment Scales (FES) [11], il Family Assessment Device (FAD) [12] e il Family Adaptability Cohesion Evaluation Scales (FACES) [13], dai quali è emerso nei gruppi clinici un funzionamento più povero, in termini di comunicazione o risposte affettive, rispetto ai gruppi di controllo [14,15]. Uno dei risultati più consistenti è che le famiglie con pazienti anoressiche sembrano più intrusive rispetto ai gruppi di controllo [16], confermando come i disturbi alimentari siano patologie dei processi d'individuazione e dell'autonomia, istanze sentite come minacciose in queste famiglie.

Nella letteratura sistemico-relazionale molti autori hanno evidenziato come spesso siano presenti tensioni sommerse nella diade coniugale in cui il paziente designato tende a venire incluso attraverso processi disfunzionali detti di "triangolazione" [2,17].

Diversi studi si sono focalizzati preminentemente sulla relazione coniugale, a nostro parere in modo riduttivo e col rischio di colpevolizzare i genitori di queste pazienti.

Un lavoro svolto presso la Philadelphia Child Guidance Clinic nel 1989 [18] ha testato il "modello psicosomatico" su 40 famiglie affette da malattia di Chron, retto-colite ulcerosa e sindrome da dolore addominale ricorrente, filmandole durante alcuni compiti, pranzi e interviste. I punteggi di attività della malattia risultarono associati alla disfunzione coniugale, al grado di triangolazioni e ai punteggi totali di "famiglia psicosomatica", ma non significativamente correlati alle dimensioni d'invischiamento, iperprotettività, rigidità e mancata risoluzione del conflitto, suggerendo l'appartenenza dei gruppi Relazioni coniugali/Triangolazioni e Invischiamento/Iperprotettività/Conflitto a due sottocategorie della "famiglia psicosomatica" [18]. Ancora, lo studio del 2003 di Espina et al. [19], su un campione di 174 coppie, 74 delle quali con una figlia affetta da DCA (20 anoressia restrittiva, 23 anoressia con condotte, 31 bulimia nervosa) ha utilizzato il DAS (Dyadic Adjustment Scale), test per misurare la relazione coniugale, il grado di coesione e accordo, soddisfazione coniugale e livello di espressione affettiva, indagando la capacità di prendere decisioni insieme, coltivare interessi comuni, affrontare le discussioni. I risultati hanno mostrato una relazione coniugale più povera nelle coppie di famiglie con DCA. Difficoltà di coppia, però, sono state rilevate anche in famiglie di tossicodipendenti, dimostrando che questa non è una caratteristica specifica per il disturbo. Un altro studio di Bulik et al. si è proposto d'investigare la correlazione tra la qualità delle relazioni parentali e il rischio di sviluppare un sintomatologia bulimica subclinica su un campione di 766 coppie di gemelli, evidenziando che una povera qualità delle relazioni coniugali, oltre che per la bulimia nervosa subclinica, era anche un predittore per il disturbo d'ansia generalizzata e la dipendenza da alcol [20]. Altri studi osservazionali hanno valutato più direttamente il modello psicosomatico [2], senza però fornire evidenze sufficientemente chiare a supporto di quest'ultimo.

Osservazioni comparate sono state effettuate da Humphrey [21] su 74 triadi madre, padre, figlia adolescente con disturbo anoressico, bulimico o asintomatica, rispetto alle interazioni emerse durante discussioni che vertevano sul tema dello

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

svincolo delle figlie. Le videoregistrazioni sono state codificate utilizzando il SASB (Benjamin's Structural Analysis of Social Behaviour). I risultati hanno mostrato differenze tra il campione clinico e quello di controllo e hanno evidenziato specifici pattern per i diversi sottotipi di DCA. In particolare, i genitori delle adolescenti anoressiche comunicavano un doppio messaggio caratterizzato da affetto e accudimento associati a trascuratezza verso il bisogno delle proprie figlie di esprimere se stesse e i propri sentimenti; d'altra parte le figlie anoressiche apparivano ambivalenti tra il manifestare i propri bisogni e il sottomettersi a quelli dei genitori. Al contrario le bulimiche e i loro genitori erano ostili e invischiati e questo sembrava minare la possibilità di separazione ed auto-assertività delle figlie.

Lo studio di Røijen [22] ha utilizzato le Scale Beavers di Valutazione Familiare per stimare le interazioni di famiglie con un membro anoressico durante lo svolgimento di compiti standard. Sono emersi tre differenti stili interazionali: uno chiuso/invischiato, uno disorganizzato e uno misto, in base ai quali le famiglie vennero descritte come "centripete", "centrifughe" e "a buon funzionamento". Solo il 20% del campione valutato come moderatamente o severamente disfunzionale apparteneva al sottogruppo "centrifugo". Uno studio di North et al. [23] su 35 pazienti anoressiche restrittive comparate con controlli psichiatrici e normali e valutate con un'intervista diagnostica e il FAD [12], ha evidenziato come il funzionamento delle famiglie con paziente anoressica risulti normale dall'analisi dei dati dello strumento auto-somministrato, mentre appaia gravemente disfunzionale alla misurazione oggettiva, in particolare nelle famiglie di pazienti con condotte di eliminazione. Ancora, un campione di 26 famiglie con pazienti anoressiche e bulimiche è stato valutato con la scala dell'Expressed Emotion e con il FACES [13] da Leff e Vaughn [24]; da Dare et al. [25]. Oltre a bassi livelli di Commenti Critici emersi all'EE da parte dei genitori, suggestivi, di un evitamento del conflitto, lo studio ha mostrato un'incongruenza tra la percezione da parte delle pazienti delle proprie famiglie come aperte e ben strutturate e la descrizione clinica delle stesse. Ha rilevato invece una maggior somiglianza tra le descrizioni cliniche e i punteggi ottenuti al FACES dai genitori. Inoltre, è emersa, sia nei pazienti che nei genitori, una quasi piena corrispondenza tra i punteggi ottenuti al FACES, rispetto all'organizzazione ideale della famiglia, e le descrizioni cliniche d'invischiamento e carenza di struttura dei legami.

Uno studio di Rowa et al. [26] ha utilizzato quindi la Parent-Child Boundaries Scale (PBS) [27], per valutare la "dissoluzione dei confini" genitore-figlio in famiglie con paziente affetto da AN confrontate con famiglie di controllo: oltre ad osservarsi un'effettiva labilità dei confini genitore-figlio, emerge di nuovo dall'analisi della prospettiva dei genitori un quadro molto diverso da quello descritto dalle figlie. Queste ultime avrebbero la percezione che la violazione dei confini è un problema familiare, confermando l'idea che nelle famiglie con pazienti anoressiche vi sia una visione più negativa da parte dei figli rispetto alla funzionalità del sistema familiare.

Alcuni autori considerano criticamente gli studi che mirano alla ricerca di pattern interazionali più frequentemente rilevabili nelle famiglie con pazienti affette da disturbi alimentari, considerandoli un tentativo di rintracciare nelle fa-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

miglie la causa della malattia ("la famiglia anoressogena"), proponendo, invece, una lettura delle caratteristiche disfunzionali di queste famiglie, come un adattamento del sistema intorno ad una patologia cronica [28,29].

Studi che hanno misurato le Expressed Emotions [24,30] mostrano come le famiglie con paziente anoressica siano relativamente non-critiche [25,31] rispetto alla famiglie con un membro schizofrenico [29,30], mentre appaiono simili alle famiglie con un membro con disturbi della condotta e mostrano più criticismo rispetto a famiglie con bambini con disturbi emozionali e ai controlli [32].

Tutto ciò, unito all'osservazione di un relativo evitamento dei conflitti aperti rispetto alle famiglie controllo [33], produce un'evidenza rispetto ad una delle dimensioni del modello psicosomatico: l'evitamento del conflitto. Agras e Kraemer [34], nel 1983, hanno studiato le caratteristiche di famiglie con pazienti anoressiche restrittive, anoressiche con condotte di eliminazione e bulimiche normopeso e le hanno comparate con un gruppo di controllo normopeso utilizzando la Family Environment Scale e la Structural Family Interaction Scale. Agras e Kraemer osservarono che tutti i gruppi di famiglie con disturbo alimentare mostravano più somiglianze che differenze, rilevando pattern disfunzionali rispetto alle famiglie controllo. Le famiglie con membro anoressico con condotte hanno mostrato il maggior grado di disfunzionalità: le pazienti percepivano maggiormente l'iperprotettività materna e paterna, una minore flessibilità, e una risoluzione del conflitto più carente rispetto ai gruppi di controllo. Il gruppo di pazienti restrittive si sentiva maggiormente coinvolto in processi di triangolazione.

Vorremmo infine proporre alcune evidenze emerse dal filone di studi che si sono orientati a valutare l'eventuale presenza di specificità che differenzino le pazienti anoressiche rispetto a quelle bulimiche.

A questo proposito è interessante citare uno studio del 1999 di Fornari et al. [35] che comparava la percezione del funzionamento familiare, in un campione di pazienti con un disturbo alimentare, evidenziando come i soggetti con bulimia nervosa riportassero al FAD [12] un funzionamento significativamente più disfunzionale rispetto a quelli con anoressia nervosa.

Ancora, riguardo le differenze tra adolescenti con disturbo anoressico e bulimico, uno studio retrospettivo effettuato da Walitza et al. [36] su 140 pazienti (110 anoressiche e 30 bulimiche) ricoverate tra il 1982 e il 1992 nel reparto di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Università di Wurzburg, Germania ha osservato differenze significative tra le due popolazioni. L'età del primo ricovero risulta essere significativamente minore nelle pazienti anoressiche che nelle controparti bulimiche, le condotte di eliminazione appaiono differenti rispetto al fattore bulimia descritto dall'Anis-32, le pazienti anoressiche realizzano punteggi MMPI più bassi rispetto a quelle bulimiche, specialmente rispetto alle scale relative alla psicopatologia, ma più alte per la Depressione al Beck Depression Inventory (BDI). Inoltre, le pazienti anoressiche mostrano un QI superiore alla media, più invischiamento e iperprotettività nelle relazioni familiari, più ansia da separazione e insufficienza nelle abilità comunicative a scuola. Di contro le pazienti bulimiche mostrano peggiori prestazioni scolastiche e più problemi disciplinari a scuola, mentre la comunicazione familiare è alterata.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Uno studio di Tachi del Tokai University Hospital di Tokio [37] ha coinvolto 180 pazienti con disturbo alimentare (52 con anoressia restrittiva, 40 con anoressia con condotte di eliminazione, 57 con bulimia nervosa con condotte di eliminazione, 14 con bulimia nervosa senza condotte di eliminazione) valutate con il FACES III di Olson [13]. Dai risultati è emersa una maggior percezione di invischiamento (punteggi alti alle scale di coesione) nel campione con anoressia restrittiva, mentre i sottogruppi con bulimia nervosa e binge eating disorder percepivano la famiglia come più disimpegnata. Il gruppo affetto da anoressia con condotte ottiene punteggi intermedi. Rispetto alla dimensione dell'adattabilità, specialmente le pazienti con anoressia con condotte e con binge eating disorder percepivano le rispettive famiglie come rigide.

Da questa essenziale revisione della letteratura, emerge una chiara eterogeneità dei risultati; sembrano comunque evidenziarsi due dati: l'esistenza di aspetti disfunzionali nelle interazioni familiari e la possibilità di osservare differenze rispetto a queste disfunzionalità interattive nelle due situazioni: quella anoressica e quella bulimica. È su queste due direzioni che abbiamo orientato il lavoro di ricerca che ora presenteremo.

IPOTESI DELLA RICERCA

L'obiettivo di questo lavoro di ricerca è la verifica dell'esistenza di differenti "costellazioni interattive" nelle situazioni di anoressia e bulimia, valutandole nel quadro dei modelli disfunzionali d'interazione familiare, definiti da Minuchin [2,8].

Un ulteriore scopo di questo lavoro di valutazione riguardava la possibilità di collegare eventuali differenze nelle interazioni disfunzionali della famiglia alla diversa fenomenologia dei sintomi anoressico e bulimico, così da rintracciare anche nella matrice relazionale una chiave interpretativa della diversa modalità d'espressione somatica della sofferenza [8].

A tal fine abbiamo raccolto tutti i test "compiti familiari" somministrati all'intero campione selezionato durante il primo incontro di valutazione, procedendo alla loro siglatura e codifica; e infine abbiamo confrontato le famiglie con pazienti anoressiche e quelle con pazienti bulimiche rispetto alle quattro categorie del modello psicosomatico di Minuchin [2], osservando se esistessero significative differenze tra le dinamiche interattive in queste due diverse situazioni cliniche.

MATERIALI E METODI

Selezione del campione e metodologia

Il lavoro che qui presentiamo è parte di una più ampia ricerca clinica condotta da Onnis et al. finalizzata a valutare l'efficacia di una terapia integrata nel trattamento dei DCA [6].

Definiti i criteri diagnostici per l'anoressia e la bulimia nervosa secondo il DSM-IV-R, sono stati selezionati 28 casi (16 di bulimia e 12 di anoressia nervo-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

sa), suddivisi, con una distribuzione randomizzata, in due campioni omogenei di 14 pazienti ciascuno.

I pazienti del primo campione (*sperimentale*) sono seguiti col trattamento integrato: terapia medico-nutrizionale *più* psicoterapia familiare.

I pazienti del secondo campione (*di controllo*) sono trattati con la sola terapia medico-nutrizionale.

I criteri d'omogeneità dei campioni (*sperimentale-controllo*) sono stati, secondo la diagnosi: la gravità del disturbo e la sua cronicità, l'indice di massa corporea, il sesso e l'età del paziente, la composizione del nucleo familiare e la classe sociale d'appartenenza.

Tutti i pazienti dei due campioni e le rispettive famiglie sono stati preliminarmente testati per valutare sia le caratteristiche psicopatologiche dei pazienti (parametri individuali) sia per esplorare l'esistenza di dinamiche familiari disfunzionali (parametri relazionali). In quest'articolo presenteremo i risultati relativi a questa seconda area di valutazione esplorata col Wiltwyck Family Task Test (WFT) modificato o Metodo dei Compiti Familiari.

IL METODO DEI COMPITI FAMILIARI (TEST WFT MODIFICATO)

Il proponimento di sondare il legame esistente tra sintomo e organizzazione disfunzionale della famiglia chiama in causa complessi problemi di metodo.

La riconcettualizzazione del comportamento umano secondo l'ottica sistemica rende inadeguate le tradizionali tecniche d'indagine fondate su una logica "lineare". Altresì, strumenti derivanti dalla sociologia, quali il metodo dell'intervista, consentono di raccogliere molti "fatti" e opinioni dei componenti della famiglia, ma non permettono al ricercatore di conoscere la loro esperienza relazionale. L'approccio teorico influisce sempre grandemente sia nel far decidere ciò a cui guardare (il "che cosa"), sia nel far decidere le strategie e modalità operativo-tecniche con cui guardare (il "come"). Se è l'*interazione familiare* che viene ad essere l'oggetto specifico a cui si guarda (il "che cosa"), l'*osservazione diretta* della medesima diventa esigenza metodologica (il "come") imprescindibile.

Date queste premesse, il WFT offre due fondamentali vantaggi di ordine pratico: l'attivazione delle interazioni familiari intorno ad un problema concreto e la possibilità di osservare la famiglia in una situazione abbastanza "naturale" audio-visiva, senza la presenza/influenza dell'esaminatore, grazie al sistema di registrazione che è, inoltre, di notevole aiuto perché permette di rivedere anche più volte il materiale, garantendo maggiore accuratezza nella registrazione dei dati ai fini della misurazione.

Il WFT, usato da Salvador Minuchin nella ricerca riferita nel libro "Families of the slums" [3], e riutilizzato, modificato, nello studio sulle famiglie psicosomatiche [2], costituisce uno strumento fondamentale d'analisi delle caratteristiche strutturali e delle dinamiche relazionali nelle famiglie con problemi psicosomatici. Minuchin, più precisamente, studiò un campione di undici famiglie con pazienti anoressiche, nove famiglie con bambini diabetici psicosomatici, e dieci famiglie con figli asmatici [2].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Questo studio consentì di documentare che, indipendentemente dal sintomo psicosomatico presentato, il sistema familiare rivelava modelli organizzativi e interattivi in cui erano riconoscibili caratteristiche disfunzionali tipiche. Queste caratteristiche disfunzionali sono le quattro già citate in precedenza: *invischiamento*, *iperprotettività*, *evitamento del conflitto*, *rigidità*.

Una rielaborazione del WFT è stata utilizzata dal nostro gruppo guidato dal prof. Onnis in una ricerca articolata in un arco di tempo ampio (dal 1977 al 1985) e svolta in collaborazione fra il Servizio di Psicoterapia Familiare del Dipartimento di scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica della Sapienza Università di Roma e la Clinica Pediatrica della medesima Università. Si somministrarono a un campione di dieci famiglie di bambini con asma divenuta cronica (o "intrattabile") e a un corrispondente campione di famiglie di controllo tre compiti standardizzati, rispetto ai cinque del lavoro di Minuchin et al. [2], e tutti e tre di tipo verbale, preceduti da un'intervista, standardizzata anch'essa [38-41].

Con le stesse modalità il test è stato utilizzato nella nostra più recente ricerca sui DCA. Infatti, allo stesso modo ci siamo giovati solo parzialmente dei compiti familiari, così come furono usati da Minuchin et al. [2], nel tentativo di adeguarli alla nostra cultura.

Nella sua formulazione originale, l'uso in campo scientifico dei Compiti Familiari (WFT) è molto limitato. Attualmente è utilizzato un suo adattamento: The Structural Family Sistems Ratings (SFSR, 1991), realizzato da José Szapocznik e dalla sua équipe che opera presso il Dipartimento di Psichiatria e Psicologia Clinica dell'Università di Miami [42]. Anche in questo caso i compiti sono tre, rispetto ai cinque del lavoro di Minuchin et al. [2], e tutti e tre di tipo verbale. Interessante elemento di novità di questo lavoro è la sostituzione dei precedenti parametri con sei nuove dimensioni: Struttura, Flessibilità, Risonanza, Stadio Evolutivo, Designazione del Paziente, Risoluzione del Conflitto, ritenute maggiormente in grado di adeguare lo strumento ai soggetti a cui era somministrato (adolescenti con disturbi del comportamento) [42].

Un'altra rielaborazione del WFT è quella utilizzata da Kopelowicz et al. [43], al fine di valutare le dinamiche transazionali di famiglie con pazienti schizofrenici. Un'ultima rielaborazione, sempre ad opera di Szapocznik [44], si segnala per un ulteriore cambiamento degli item al fine di studiare il rapporto tra pazienti affetti da demenza senile ed i loro caregiver.

Nel nostro lavoro, alla famiglia viene dato un timing preciso di dieci minuti per ogni compito ed essa viene istruita direttamente dallo sperimentatore. La scelta di un tempo preciso è stata da noi considerata in funzione della standardizzazione del test e non in qualità di variabile dipendente, come appare invece nel lavoro di Minuchin et al. [2,4]. Dopo aver realizzato una breve intervista che consente di raccogliere alcune informazioni sulla famiglia, si forniscono una serie di disposizioni standardizzate relative all'esecuzione di tre compiti. Il *primo compito* consiste nella scelta di un menu che sia concordato ed accettato da tutti i membri della famiglia: questo compito consente di valutare le capacità di negoziazione, gli aspetti d'invischiamento, le rigidità e la tolleranza al conflitto; il *secondo compito* riguarda la ricostruzione di una discussione familiare: questo

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

compito consente di esplorare principalmente la tolleranza al conflitto e l'eventuale presenza di triangolazioni[1]; il *terzo compito* richiede a ciascun membro della famiglia di esprimere la propria opinione su ciò che piace e ciò che dispiace del comportamento di ogni altro: quest'ultimo esplora la capacità di differenziazione, la protettività e ancora la possibilità di tollerare divergenze e conflittti (tabella 1). Un ultimo aspetto da considerare è la dimensione temporale propria dei compiti familiari: il primo compito è fondato sul tempo futuro: "Supponete di..."; il secondo è centrato sul tempo passato: "Ricostruite qui..."; il terzo è sperimentato nel tempo presente: "Ognuno di voi dica..."; proponendo, altresì, alle famiglie un'esperienza del tempo familiare più aperta e meno lineare.

L'intervistatore spiegherà che uscirà dalla stanza mentre la famiglia eseguirà il compito e che la presenza degli impianti di audio-videoregistrazione rende non necessario riferire al suo rientro il contenuto del compito svolto.

Per quanto riguarda la valutazione del test, il contenuto delle videoregistrazioni viene fedelmente trascritto. Dopo aver riportato su un apposito registro il contenuto verbale dei compiti eseguiti, tenendo conto del livello analogico che accompagna, sottolinea e rinforza quello digitale, si numera ogni singola interazione precisando, volta per volta, "chi si rivolge a chi".

La codifica dei compiti avviene siglando tutte le interazioni che definiscono i parametri di valutazione delle transazioni familiari. Tali parametri di valutazione sono le categorie generali che caratterizzano il Modello Psicosomatico di Minuchin [2] (tabella 2) e sono resi operativi, cioè traducibili in termini accessibili ad una quantificazione, scomponendo ognuno di questi in sottocategorie e queste in

Tabella 1. Istruzioni per l'esecuzione del test.

1. primo compito: *Supponete di dover preparare, tutti, insieme, un menù per la cena di stasera. Vorreste tutti avere a cena i vostri piatti preferiti, in questo menù possono esserci soltanto un primo, un secondo con contorno, una bevanda e per finire un dolce. Vorrei che ne parlaste adesso e decideste su questa cena in modo che piaccia a tutti. Ricordate, dovrete scegliere un menù uguale per tutti composto di un primo, un secondo con contorno, una bevanda ed un dolce*.

2. **secondo compito**: *In ogni famiglia esistono motivi di discussione. Ora, vorrei che voi ricostruiste, insieme, una discussione od un litigio, che a tutti, più o meno, è rimasto in mente. Dovreste ricordare insieme: chi cominciò, come e dove, che cosa fu detto nella discussione, come andò avanti e come si concluse*.

3. terzo compito: *Vorrei che ognuno di voi dicesse che cosa gli piace e che cosa non gli piace di quello che ciascun altro fa. Ognuno deve esprimere la propria opinione rispetto ad ogni altro.*

[1] Una conflittualità irrisolta non dichiarata, che riguarda la relazione coniugale determina uno *stallo di coppia*. Il coinvolgimento della figlia, futura paziente, in un rapporto preferenziale con uno o con l'altro dei genitori, trasforma la diade coniugale in una triade rigida. Questo processo è stato definito di *triangolazione* [17].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

TABELLA 2. Indici di disfunzionalità.

Invischiamento: mancanza di confini ben definiti e di spazi di autonomia tra gli individui e i sottosistemi generazionali.

Iperprotettività: prevalenza di atteggiamenti diffusi di accudimento ansioso, che si concentrano particolarmente intorno al paziente.

Evitamento del conflitto: tendenza a non tollerare o a non affrontare le tensioni conflittuali, lasciandole latenti e coperte.

Rigidità: ripetizione stereotipata, o ridondante, degli stessi modelli di interazione, con una scarsa flessibilità al cambiamento

ulteriori sottoclassi, in modo da ottenere degli indici che consentano, da un lato, la trasposizione in opportuni codici e, dall''altro, una misurazione (tabella 3).

In particolare l'*iperprotettività* è stata suddivisa in due sottoparametri OP e RP a seconda che la protettività venga "offerta" o "richiesta"; l'*evitamento del conflitto* invece in tre sottoparametri A B e C a seconda che il conflitto venga

TABELLA 3. Indici e sottoparametri di disfunzionalità.

Indici d'invischiamento	**Lettura del pensiero** LpA rivolta al diretto interessato LpB rivolta ad un terzo **Controllo della persona (CP)** **Mediazione** Med1 ad un membro viene richiesto la mediazione Med2 un membro si offre come mediatore
Indici di iperprotettività	**Offerta di protettività** (OP1, OP2, OP3, OP4) **Richiesta di protettività** (RP1, RP2)
Indici di conflitto	**Tipo A** Il conflitto non emerge (A1, A2, A3) **Tipo B** Il conflitto emerge ma è subito controllato (B1, B2, B3, B4, B5) **Tipo C** Il conflitto è espresso ma non risolto (C1, C2, C3, C4, C5)
Indici di rigidità	**Sostegno (S)** **Opposizione (O)** **Reclutamento (R** Positivo, **R** Negativo**)** **Appello (A)** **Coalizione (C**)

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

completamente negato e non emerga (A), oppure emerga ma venga rapidamente soppresso (B), o ancora emerga e si sviluppi ma non venga risolto (C o "mancata risoluzione del conflitto").

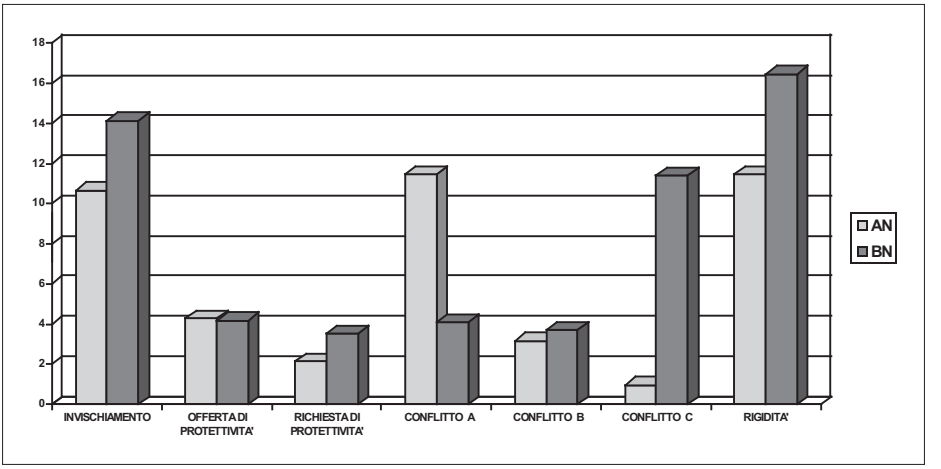
RISULTATI

Com'è possibile notare osservando la tabella 4 e la figura 1, i punteggi medi ottenuti dal gruppo di famiglie con pazienti bulimiche nei parametri *invischiamento*, *richiesta di protettività*, *evitamento del conflitto di tipo B*, *evitamento del conflitto di tipo C* e *rigidità*, sono più alti rispetto a quelli ottenuti dal gruppo delle famiglie con pazienti anoressiche. Tuttavia, l'analisi di significatività statistica, effettuata con il test *T di Student* (tabella 5), rivela una differenza significativa tra i punteggi medi ottenuti dai due gruppi nel solo parametro *evitamento del conflitto di tipo C* (t(15.803)= -4.752; p = .000).

TABELLA 4. Punteggi medi parametri disfunzionalità AN e BN.

	MEDIA		**D.S.**	
V.I.	**AN**	**BN**	**AN**	**BN**
Invischiamento	10.68	14.14	7.50	7.03
Offerta prot.	4.28	4.17	2.56	3.14
Richiesta prot.	2.13	3.50	2.93	3.47
Conflitto A	11.45	4.09	5.87	6.30
Conflitto B	3.18	3.71	7.41	2.65
Conflitto C	0.97	11.40	1.23	8.67
Rigidità	11.47	16.48	11.45	10.48

Figura 1.



- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

TABELLA 5. Risultati *T di Student*.

V.I.	**t**	**gdl**	**Sig.**
Invischiamento	-1.253	26	.221
Offerta prot.	.102	26	.920
Richiesta prot.	-1.096	26	.283
Conflitto A	3.216	26	.0004
Conflitto B	-.548	26	.588
Conflitto C	-4.752	15.803	.000
Rigidità	-1.204	26	.240

Analogamente, le famiglie con pazienti anoressiche hanno riportato punteggi medi più elevati rispetto a quelli delle famiglie con pazienti bulimiche nei parametri *offerta di protettività* ed *evitamento del conflitto di tipo A*. Si è, tuttavia, rivelata statisticamente significativa soltanto la differenza tra le medie dei punteggi ottenuti dai due gruppi rispetto al parametro *evitamento del conflitto di tipo A* ($t(26)= 3.216$; $p <.0005$).

ANALISI STATISTICA

Per ogni parametro di valutazione (*invischiamento, offerta e richiesta di protettività, evitamento del conflitto di tipo A, tipo B, tipo C, rigidità*) e per ogni unità statistica (ogni singola famiglia) è stato rilevato un punteggio, successivamente ponderato moltiplicandolo per il reciproco del numero di componenti il nucleo familiare, in modo da ottenere punteggi standardizzati, cioè confrontabili tra loro.

Per verificare l'ipotesi dell'esistenza di differenze tra i due gruppi (famiglie con pazienti anoressiche vs famiglie con pazienti bulimiche), disponendo di un livello di misurazione corrispondente ad una scala di rapporti, la stessa ipotesi è stata tradotta in termini operazionali, come differenza fra le medie dei punteggi ottenuti nei due gruppi.

È stato così possibile confrontare i due campioni sulla base dei punteggi medi, relativi ai vari parametri.

Infine, per consentire una generalizzazione, è stato utilizzato il test statistico *T di Student* per campioni indipendenti, in cui la variabile indipendente, denominata DCA (Disturbo del Comportamento Alimentare), ha due livelli: AN (Anoressia Nervosa) e BN (Bulimia Nervosa).

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'analisi dei risultati conferma l'esperienza clinica rispetto all'emergere di differenze negli stili interazionali delle famiglie con pazienti anoressiche o bulimiche. Questi tratti caratterizzanti a loro volta danno più chiara ragione della differente fenomenologia dei sintomi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

Alla luce di quanto detto, risulta suggestivo evidenziare delle correlazioni tra la *forma* del sintomo e le modalità interattive all'interno delle quali si sviluppa il sintomo stesso [8,45]. Infatti, nell'anoressia la scarsa differenziazione del corpo (sotto il profilo dell'assunzione dei caratteri sessuali e di genere) sembra tradurre, sul piano somatico, le gravi difficoltà nei processi di individuazione e di autonomizzazione, che rimandano a difficoltà del sistema familiare d'appartenenza a sopportare esperienze di distanza reciproca necessaria, per la trasformazione evolutiva dei legami affettivi; di questa difficoltà è espressione una soglia, particolarmente bassa, di tolleranza verso le tensioni conflittuali, come risulta dall'analisi delle transazioni rilevate con il test Compiti Familiari: le famiglie con pazienti anoressiche valutate hanno, infatti, riportato punteggi medi più elevati rispetto a quelli delle famiglie con pazienti bulimiche nei parametri *offerta di protettività* ed *evitamento del conflitto di tipo A*. Anche se, come già detto, si è rivelata statisticamente significativa soltanto la differenza tra le medie dei punteggi ottenuti dai due gruppi rispetto al parametro *evitamento del conflitto di tipo A*.

Invece, nella bulimia l'oscillazione del peso così come delle modalità cliniche con cui il sintomo si manifesta, tra compulsività, inglobamento ed espulsione, sembra tradurre un'altrettanto oscillante difficoltà d'individuazione, la quale rimanda ad un vincolo di ambivalenza che tiene insieme il sistema familiare, dove la separazione è altrettanto problematica della convivenza. Qui, in un intenso coinvolgimento di tutti i membri, i conflitti sono spesso agiti ed aperti ma mai risolti. Questo dato speculativo sembra trovare conferma nei risultati del test Compiti Familiari dove i punteggi medi ottenuti dal gruppo di famiglie con pazienti bulimiche nei parametri *invischiamento*, *richiesta di protettività*, *evitamento del conflitto di tipo B*, *evitamento del conflitto di tipo C* e *rigidità*, sono più alti rispetto a quelli ottenuti dal gruppo delle famiglie con pazienti anoressiche. Anche in questo caso bisogna sottolineare che si è verificata una differenza significativa tra i punteggi medi ottenuti dai due gruppi nel solo parametro *evitamento del conflitto di tipo C*.

È proprio nelle modalità interattive *evitamento/mancata risoluzione del conflitto* e *rigidità*, riscontrabili in questi sistemi, che risiede, sulla base delle nostre ipotesi di ricerca, la matrice familiare di quell'inibizione dell'espressività emozionale abitualmente descritta come caratteristica individuale del paziente, col nome di alexitimia. Nella prospettiva dell'analisi delle dinamiche relazionali, questa difficoltà si collega quindi a quella coartazione della funzionalità emozionale che caratterizza un linguaggio condiviso dal "corpo familiare" [41].

Questi risultati sono, inoltre, coerenti con un'analoga valutazione compiuta dal nostro gruppo di ricerca sullo stesso campione di famiglie con pazienti anoressiche e bulimiche, ma utilizzando un altro strumento di valutazione: il Family Life Space di Mostwin [10].

CONCLUSIONI

Il riconoscimento dato all'anoressia e alla bulimia quali sindromi psichiatriche a patogenesi complessa ha permesso di riferirsi ad un modello integrato non solo per l'intervento, che deve, quindi, tener conto di fattori psicologici, evoluti-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

vi, culturali e biologici [5,6,47]; ma anche per la comprensione del fenomeno. Infatti, queste sindromi sono disturbi dello sviluppo che ruotano attorno alle problematiche della forma e del peso corporeo. Disturbi in cui il tentativo "ossessivo" di raggiungere o mantenere la magrezza rappresenta l'escamotage sintomatico per risolvere problematiche legate alla propria identità e a difficoltà d'individuazione che, nell'ambivalenza irrisolta tra esigenza di separazione e bisogni d'appartenenza, trova la sua matrice nelle relazioni significative con i familiari. Il sintomo diventa, così, un nodo di sofferenza in cui s'intersecano biologia ed emotività, relazioni interpersonali e regole comunicative del contesto in cui appare. Fondamentale risulta, allora, in un approccio che si dichiara integrato, tener conto del contesto relazionale in cui si sviluppa il sintomo; in particolare, in quello che si configura come il più significativo: la famiglia [8]. Perché spostare l'ottica dal paziente come individuo isolato al paziente all'interno del contesto familiare [38], significa rendersi conto di come alcune organizzazioni familiari siano strettamente legate allo sviluppo e al mantenimento dei sintomi psicosomatici; per cui questi ultimi funzionano come meccanismo omeostatico che regola le transazioni familiari disfunzionali, le quali, in un'ottica circolare che prescinde, quindi, da qualsiasi valutazione di tipo "eziologico", costituiscono appunto il contesto nel quale la malattia può essere usata come via di comunicazione. Il sintomo ha un suo linguaggio che aspetta solo di essere decodificato, un linguaggio ambivalente il quale esprime una sofferenza che va oltre il corpo (dove tra l'altro non sono rilevabili alterazioni biologiche primarie), ma che per la forma che acquista sposta il *focus* dell'attenzione esclusivamente sul corpo innescando circoli viziosi che portano alla perpetuazione del sintomo stesso. Ricollegare il corpo al suo contesto di riferimento [45] diventa, allora, la chiave interpretativa e terapeutica che forse può permettere di restituire senso ai suoi linguaggi [46,47].

BIBLIOGRAFIA

1. Jackson Don D. The Study of the Family. Family Process 1965; 4: 1-20.
2. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Famiglie Psicosomatiche. Roma: Astrolabio,1980.
3. Minuchin S, Montalvo B, Guerney B, Rosman BL, Schumer F. Families of the slums. New York: Basic Books, 1967.
4. Minuchin S. Famiglie e Terapia della Famiglia. Roma: Astrolabio, 1976.
5. Onnis L. L'anoressia mentale nell'ottica della complessità, aspetti socioculturali, psicodinamici, familiari. Attualità in Psicologia 1994; 9: 17-29.
6. Onnis L, Belcastro M, Benedetti P, et al. Research project on the treatment of anorexia and bulimia: an integrative, multidimensional approach. Eating and Weight Disorders 1997; 2: 164-8.
7. Onnis L, Mulè AM, Vietri A. Anoressia e bulimia: nuovi indirizzi nell'ottica sistemica. Psicobiettivo 2001; 3: 31-46.
8. Onnis L. Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società. Milano: Franco Angeli, 2004.
9. Onnis L, Barbàra E, Bernardini M, et al. La terapia sistemica integrata dell'anoressia e della bulimia. Un'esperienza in un Servizio Universitario. Psicobiettivo 2005; 3: 85-97.
10. Onnis L, Barbàra E, Bernardini M, Fusco C, Vietri A. Le costellazioni familiari nei DCA: utilità del FLS in una ricerca sistemica. Ecologia della mente 2005; 2: 182-203.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

11. Moos R, Moos B. Family Environment Scale Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1981.
12. Epstein NB, Bishop DS, Levin S. The McMaster Model of Family Functioning. Journal of Marriage and Family Counseling 1978; 4: 19-31.
13. Olson DH, Sprenkle D, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. Family Process 1979; 18: 3-28.
14. Waller G, Slade P, Calam R. Eating disorders and family interaction. British Journal of Clinical Psychology 1989; 28: 285-6.
15. Steiger H, Puentes-Neumann G, Leung FY. Personality and family features of adolescent girls with eating symptoms: evidence for restricter/binger differences in a non-clinical population. Addictive Behaviors 1991; 16: 303-14.
16. Scholz M, Rix M, Scholz K, Gantchev K, Thomke V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. Journal of Family Therapy 2005; 27: 132-41.
17. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. I giochi psicotici nella famiglia. Milano: Ed. Cortina, 1988.
18. Wood B, Watkins JB, Boyle JT, Nogueira J, Zimand E, Carroll L. The "psychosomatic family" model: an empirical and theoretical analysis. Family Process 1989; 28, 399-417.
19. Espina A, Ochoa de Alda I, Ortego A. Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. European Eating Disorders Review 2003; 1: 349-62.
20. Bulik CM, Wade TD, Kendler KS. Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders 2001; 5: 1-10.
21. Humphrey LL. Observed family interaction among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behaviour. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; 57: 206-14.
22. Røijen S. Anorexia nervosa families: a homogeneous group? A case record study. Acta Psichiatrica Scandinava 1992; 85: 196-200.
23. North C, Gowers S, Byram V. Family Functioning in adolescent anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry 1995; 167: 673-8.
24. Leff JP. Vaughn CE. Expressed emotion in families. New York: Guilford Press, 1985.
25. Dare C, Le Grange D, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: the pre-treatment family process in 26 eating disorder families. International Journal of Eating Disorders 1994; 16: 211-26.
26. Rowa K, Kering PK, Geller J. The family and anorexia nervosa: examining parent-child boundary problems. European Eating Disorders Review 2001; 9: 97-114.
27. Kering PK, Brown CA. The Parent-child Boundaries Scale. Simon Fraser University: Department of Psychology, 1996.
28. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple day therapy for adolescent anorexia nervosa. Journal of Family Therapy 2005; 27, 104-131.
29. Treasure J, Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. The British Journal of Psychiatry 2005; 187: 444-9.
30. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. Journal of Family Therapy 1992; 14: 177-92.
31. Hodes M, Eisler I, Dare C, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2000; 41: 727-36.
32. Vostanis P, Nicholls J. Expressed emotion in parents of non-referred children aged 6

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.89 Tue, 17 Feb 2026, 16:37:34

to 11 years from two school populations: a pilot study. Child Care, Health and Development 1992; 18: 249-57.
33. Kog E. Vandereycken W. Family interaction in eating disorder patients and normal controls. International Journal of Eating Disorders 1989; 8: 11-23.
34. Agras WS, Kraemer HC. The treatment of anorexia nervosa: do different treatments have different outcomes? Psychiatric Annals 1983; 13: 928-35.
35. Fornari V, Wlodarczyk-Bisaga K, Matthews M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. Comprehensive Psychiatry 1999; 40: 434-41.
36. Walitza S, Schulze U, Warnke A. Differences between adolescent patients with anorexia and bulimia with references to psychological and psychosocial markers. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2001; 29: 117-25.
37. Tachi T. Family environment in eating disorders: a study of the familiar factors influencing the onset and course of eating disorders. Psychiatria et Neurologia Japonica 1999; 101: 427-45.
38. Onnis L, Tortolani D, Di Gennaro A, Marinozzi P, Petralito MG, Roggi D. Il bambino con disturbi psicosomatici. La famiglia, la domanda, il servizio. Quaderni del CNR 1985; 19.
39. Onnis L, Tortolani D, Cancrini L. Sistems research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process 1986; 25: 107-22.
40. Onnis L, Tortolani D, Di Gennaro A, Marinozzi P, Petralito MG, Roggi D. Il bambino asmatico, la famiglia, l'intervento medico: revisione del concetto d'intrattabilità della malattia in una prospettiva sistemica. Ecologia della Mente 1986; 1: 15-36.
41. Onnis L, Di Gennaro A. Alexitimia: una revisione critica. Medicina Psicosomatica 1987; 32: 45-64.
42. Szapocznik J, Rio AT, Hervis OE, Mitrani VB, Kurtines WM, Faraci AM. Assessing change in family functioning as a result of treatment: The Structural Family Systems Rating Scale (SFSR). Journal of Marital and Family Therapy 1991; 17: 295-310.
43. Kopelowicz A, López SR, Zarate R, et al. Expressed emotion and family interactions in Mexican Americans with schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease 2006; 194: 5: 330-4.
44. Szapocznik J, Mitrani VB, Lewis JE, et al. The role of family functioning in the stress process of dementia caregivers: a structural family framework". The Gerontologist 2006; 46: 97-105.
45. Onnis L. Corpo e contesto. Terapia familiare dei disturbi psicosomatici. Roma: NIS, 1985.
46. Onnis L (a cura di). Les langages du corps. Parigi: ESF, 1996.
47. Onnis L (a cura di). La palabra del cuerpo. Barcelona/Buenos Aires: Herder, 1997.