



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in
Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle
Relazioni Interpersonali**

Tesi di laurea triennale

**Le radici dei disturbi alimentari: la prospettiva della trasmissione
intergenerazionale**

The Roots of Eating Disorders: The Perspective of Intergenerational
Transmission of Eating Disorders

Relatrice: Prof.ssa Paola Rigo

Laureanda: Nathalie Beirer Franchello

Matricola: 2053971

Anno accademico 2023/2024

INDICE

Introduzione	5
Capitolo 1 – I disturbi del comportamento alimentare	7
1.1 Definizione e criteri diagnostici	7
1.2 Analisi eziologica	10
Capitolo 2 – La trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari ..	15
2.1 Introduzione	15
2.2 Fattori associati alla trasmissione intergenerazionale	17
2.2.1 Maltrattamento infantile	17
2.2.2 Comunicazione materna diretta e indiretta tra nonne, madri e figlie .	18
2.2.3 Ambienti infantili invalidanti	19
2.2.4 Disturbi alimentari genitoriali	20
2.2.5 Rapporto padre-figlia	21
2.2.6 Stili di attaccamento	22
Capitolo 3 – Possibili interventi per interrompere la trasmissione	25
3.1 Prevenzione dei disturbi alimentari	25
3.2 Trattamento dei disturbi alimentati	27
3.3 Direzioni future della ricerca sui disturbi alimentari	29
Conclusione	31
Bibliografia	33

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano una delle patologie più complesse nel campo della salute mentale. Questi disturbi, tra cui anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, e le più recenti ortoressia e vigoressia, hanno profonde implicazioni sia a livello fisico che psicologico, incidendo significativamente sulla qualità della vita degli individui colpiti. La prevalenza di questi disturbi è in forte aumento, interessando principalmente adolescenti e giovani adulti. I DCA sono spesso associati a comorbidità come depressione, ansia e abuso di sostanze, e presentano tassi di mortalità tra i più elevati nelle condizioni psichiatriche. Questi aspetti hanno suscitato un crescente interesse nella comunità scientifica, che ha recentemente posto l'attenzione sulla trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari, ovvero il passaggio di comportamenti e atteggiamenti disfunzionali legati all'alimentazione da una generazione all'altra. Studi recenti suggeriscono che l'ambiente familiare svolga un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento di questi disturbi. Comprendere i meccanismi attraverso cui si verifica questa trasmissione tra generazioni è fondamentale per sviluppare interventi mirati ed efficaci, con l'obiettivo di interrompere questo ciclo disfunzionale.

Questa tesi si propone di esplorare in profondità i meccanismi attraverso cui i disturbi alimentari possono essere trasmessi tra generazioni, analizzando sia i fattori di rischio genetici che quelli ambientali. Attraverso una revisione critica della letteratura, si cercherà di fornire un quadro più chiaro delle dinamiche familiari che contribuiscono alla perpetuazione di questi disturbi. Il primo capitolo fornisce una panoramica dei disturbi del comportamento alimentare, con particolare attenzione alla loro definizione e ai criteri diagnostici, nonché un'analisi delle cause che contribuiscono al loro sviluppo. Nel secondo capitolo, viene affrontata la trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari, includendo una definizione del fenomeno e un esame dettagliato dei fattori che ne facilitano la perpetuazione, come il maltrattamento infantile, la comunicazione familiare, gli ambienti invalidanti e gli stili di attaccamento. Infine, il terzo capitolo è dedicato agli interventi che possono essere attuati per prevenire e trattare i

disturbi alimentari, con un'analisi delle strategie che possono contribuire a interrompere il ciclo della trasmissione intergenerazionale.

Concludendo, questa tesi mira a fornire una comprensione approfondita della trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari, evidenziando l'importanza del contesto familiare e proponendo interventi che possano aiutare a prevenire e trattare questi disturbi in modo efficace.

CAPITOLO 1

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.1 Definizione e criteri diagnostici

Con disturbi del comportamento alimentare si fa riferimento ad un gruppo di malattie psichiatriche caratterizzate da alterazioni nei comportamenti alimentari e nei pensieri ed emozioni associati, spesso legati a preoccupazioni riguardanti la dimensione del corpo, il peso o la forma (Schaumberg et al. 2021). L' esordio coincide spesso con l'età adolescenziale, un periodo significativo di sviluppo neurale, crescita fisica e psicologica ed esplorazione di se stessi (Bhattacharya et al., 2020). Con l'avanzare della ricerca vengono riconosciute sempre più forme di disturbi alimentari, relative anche al particolare periodo storico di cui siamo attori e spettatori. Diverse ricerche hanno messo in luce gli effetti psicologici della pandemia COVID-19, rilevando un aumento dei sintomi dei disturbi alimentari, dell'ansia, della depressione e delle variazioni dell'indice di massa corporea nei pazienti con disturbi alimentari durante la pandemia (Devoe et al., 2022). Anche altri fenomeni contemporanei ricoprono un ruolo importante nell'aumento della prevalenza di questi disturbi, tra cui l'utilizzo sempre più centrale dei social media nella vita di tutti i giorni, anche se la ricerca dimostra una maggiore suscettibilità solo in individui con un più alto rischio di sviluppo di questi disturbi (Hausenblas et al., 2013). In generale, i disturbi alimentari hanno una prevalenza maggiore nella popolazione femminile (3.8%) rispetto a quella maschile (1.5%) (Favaro et al., 2019; Swanson et al. 2011), anche se è probabile che questi dati siano dovuti a dei bias nella rilevazione e diagnosi degli stessi. Molti degli strumenti di valutazione più comunemente utilizzati sono infatti orientati verso le donne e potrebbero non essere i più appropriati per l'uso negli uomini (Bhattacharya et al., 2020). I disturbi alimentari possono presentare alti livelli di comorbidità con importanti condizioni mediche (es. diabete, problemi cardiaci, disturbi gastrointestinali; Erdur et al., 2012) e con altre condizioni psichiatriche (es. ansia, depressione, abuso di sostanze; Salbach-Andrae et al., 2008; Bhattacharya et al., 2020). Tutti i disturbi alimentari presentano un elevato rischio di mortalità (Smink et al., 2012), ma i tassi di mortalità per anoressia nervosa e bulimia

nervosa sono i più alti tra le condizioni psichiatriche e sono più alti di molte condizioni mediche (Bhattacharya et al., 2020), motivo per cui devono essere attenzionati e trattati tempestivamente al fine di ottenere un risultato migliore.

Le due forme di disturbi alimentari maggiormente studiate finora sono l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, entrambe descritte nel dettaglio dei loro criteri diagnostici all'interno del DSM-5 (DSM-5; 2013). I criteri diagnostici aggiornati del DSM-5 includono altri due disturbi: il Binge Eating Disorder (BED, disturbo da alimentazione incontrollata) e il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), oltre ai già presenti disturbi della nutrizione (Pica e Disturbo da ruminazione). Oltre alle forme atipiche dei disturbi alimentari (es. anoressia atipica e bulimia atipica in cui il paziente rispetta molti dei criteri diagnostici ma non tutti), esistono anche due nuove forme di disturbi dei comportamenti alimentari: l'ortoressia e la vigoressia.

1.1.1 Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è caratterizzata da tre criteri principali: (1) significativa perdita di peso che porta l'individuo ad essere al di sotto del peso appropriato per la sua età, sesso e traiettoria di sviluppo; (2) paura di aumentare di peso o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso; e (3) una sovrastima della forma o del peso corporeo, disturbi dell'immagine corporea o mancata consapevolezza della gravità del basso peso corporeo. La diagnosi include specificatori per individui principalmente con comportamenti restrittivi (tipo restrittivo) o con abbuffate/eliminazione (tipo con abbuffate/eliminazione) (American Psychiatric Association, 2013). L'anoressia nervosa si manifesta di solito intorno ai 12.3 anni sia nei maschi che nelle femmine (Swanson et al., 2011). L'anoressia atipica riguarda individui che soddisfano tutti i criteri per l'anoressia nervosa tranne il peso, che è considerato normale (Bhattacharya et al., 2020).

1.1.2 Bulimia nervosa

La bulimia nervosa è caratterizzata da cinque criteri: (1) episodi di abbuffate; (2) comportamenti compensatori; (3) sia le abbuffate che i comportamenti

compensatori si verificano almeno una volta a settimana negli ultimi 3 mesi; (4) sovrastima dell'importanza della forma e del peso corporeo; e (5) i criteri sopra menzionati non si manifestano nel contesto dell'anoressia nervosa. L'abbuffata consiste nel consumare una grande quantità di cibo in due ore, accompagnata da una sensazione di perdita di controllo sul mangiare. Le strategie compensatorie includono il vomito autoindotto, l'eccessivo esercizio fisico, il digiuno e l'uso improprio di lassativi, diuretici o farmaci. La bulimia generalmente inizia durante l'adolescenza e gli episodi di abbuffate possono essere oggettivi o soggettivi (American Psychiatric Association, 2013; Shomaker et al., 2010).

1.1.3 Disturbo da alimentazione incontrollata (BED)

Il Disturbo da alimentazione incontrollata è un nuovo disturbo alimentare descritto nel DSM-5, in cui l'individuo si impegna in episodi ricorrenti di abbuffate ma non adotta comportamenti compensatori inappropriati ricorrenti. I criteri diagnostici attuali includono almeno un episodio di abbuffata che si verifica ogni settimana per tre mesi. La definizione di abbuffata è la stessa utilizzata per la bulimia (Bhattacharya et al., 2020).

1.1.4 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo è una nuova diagnosi nel DSM-5. È caratterizzato da quattro criteri: (1) interruzioni nell'alimentazione o nella nutrizione tali da non soddisfare i bisogni nutrizionali; (2) il deficit nutrizionale non è dovuto all'insicurezza alimentare o a pratiche culturali; (3) non vi è alcun disturbo dell'immagine corporea o sovrastima della forma/peso; e (4) non è dovuto a una condizione medica o a un altro disturbo mentale. Gli individui con ARFID si dividono in tre gruppi: quelli con scarso interesse per il cibo, chi evita alimenti per motivi sensoriali, e chi teme le conseguenze negative del mangiare (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.5 Ortoressia

L'ortoressia nervosa è caratterizzata da un'ossessiva attenzione verso il consumo di cibi sani, con pazienti che mostrano preoccupazioni eccessive per la

qualità e la purezza degli alimenti, evitando gruppi alimentari percepiti come non salutari. Questo disturbo può portare a significativa perdita di peso, carenze nutrizionali e isolamento sociale (Guerra et al., 2024). A differenza dell'anoressia nervosa, l'ortoressia si focalizza sulla salute e sulla qualità degli alimenti anziché sul controllo del peso o della forma corporea (Lakritz et al., 2024). Nonostante ciò, l'ortoressia non è ufficialmente riconosciuta come disturbo del comportamento alimentare nel DSM-5 o nell'ICD-11.

1.1.6 Vigoressia

La vigoressia, nota anche come dismorfia muscolare, è un disturbo psicologico che affligge adolescenti e giovani adulti. Coloro che ne sono colpiti hanno una percezione distorta del proprio corpo, credendo di non essere sufficientemente muscolosi o forti. Si dedicano intensamente a routine di allenamento e diete ricche di proteine, con possibili conseguenze gravi sulla salute fisica come stiramenti muscolari, lesioni articolari e malnutrizione (Guerra et al., 2024). Questo disturbo è considerato principalmente una "patologia maschile" per il forte interesse nella crescita muscolare e non è ancora riconosciuto ufficialmente come disturbo del comportamento alimentare dai manuali diagnostici principali.

Gli studi su gemelli e adozioni hanno trovato un'ereditabilità moderata-alta dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e del BED (stima h^2 : mediana ~52%, media ~50%, intervallo ~28–88%) e dei sintomi dei disturbi alimentari (stima h^2 : mediana ~50%, media ~49%, intervallo ~20–85%) in femmine e maschi adolescenti e adulti (Culbert et al., 2011). Tuttavia, le diagnosi complete di questi disturbi hanno una bassa prevalenza (0,8–3%, stima combinata ~5%; Stice, Marti, et al., 2013), con il 13% di prevalenza complessiva per tutti i disturbi alimentari, principalmente diagnosi residue (11,5%; Stice et al., 2013).

1.2 Analisi eziologica

La ricerca esplora vari fattori per comprendere lo sviluppo dei disturbi alimentari, cruciali per implementare interventi preventivi tempestivi. Questi disturbi mostrano il picco di rischio durante l'adolescenza medio-tardiva, richiedendo

l'intervento di professionisti come psicologi e psichiatri. L'eziologia dei disturbi alimentari è complessa e, similmente ad altri disturbi psichiatrici, coinvolge l'interazione di numerosi fattori causali (Culbert et al., 2015).

1.2.1 Fattori socioculturali

L'idealizzazione della magrezza nelle donne è stata ampiamente studiata come causa potenziale dei disturbi alimentari, come l'anoressia e la bulimia nervosa, influenzati dalla pressione sociale e culturale (Hoek et al., 2005). È stato evidenziato che sebbene le influenze genetiche contribuiscono al rischio di bulimia nervosa, la sua manifestazione è influenzata anche dalla cultura (Keel & Klump, 2003) e sono stati osservati sintomi aumentati di bulimia nervosa in culture non occidentali dopo l'esposizione a influenze occidentali (Becker et al., 2002). Questo fenomeno è alimentato dai media, che promuovono costantemente immagini di corpi magri come standard di bellezza e successo. Specificamente, una maggiore esposizione ai media, come leggere frequentemente riviste per ragazze, ha predetto prospetticamente l'insorgenza di tali disturbi (rapporto di probabilità ~2, N = 2.509; Martínez-Gonzalez et al., 2003). Questo suggerisce una correlazione gene-ambiente piuttosto che un effetto causale diretto dell'esposizione ai media (Culbert et al., 2015). È cruciale notare che solo alcuni individui interiorizzano gli ideali di bellezza promossi dai media, e un numero ancora più limitato sviluppa disturbi alimentari. Uno studio di metanalisi ha evidenziato che l'esposizione sperimentale a immagini mediatiche di ideali corporei aumenta l'insoddisfazione corporea solo tra individui ad alto rischio di disturbi alimentari, come coloro che interiorizzano l'ideale di magrezza o mostrano comportamenti alimentari disordinati (Hausenblas et al., 2013). Inoltre, studi sui gemelli hanno indicato che l'interiorizzazione di tali ideali è influenzata da differenze individuali nei fattori genetici e ambientali, enfatizzando l'importanza dei fattori preesistenti nella suscettibilità alle pressioni socioculturali per la magrezza (Suisman et al., 2012, 2014; Culbert et al., 2015). Nonostante molte ricerche siano concentrate su campioni femminili, non si può presumere che le influenze socioculturali abbiano un impatto significativo solo sulle donne. Studi recenti indicano che anche i maschi sono influenzati da tali fattori, con un

aumento delle preoccupazioni per l'immagine corporea e lo sviluppo di sintomi di disturbi alimentari nei ragazzi adolescenti, simili a quelli riscontrati nelle femmine (Field et al., 2001; McCabe & Ricciardelli, 2005; Presnell et al., 2004; Ricciardelli & McCabe, 2003; Hausenblas et al., 2013). Anche i fattori genitoriali, come pressioni e critiche dei genitori e scarso contatto genitoriale, insieme a storie di abusi, sono stati identificati come correlati retrospettivi della patologia alimentare (Jacobi et al., 2004).

1.2.2 Fattori psicologici:

La ricerca ha evidenziato che alcuni tratti psicologici, come il perfezionismo, l'emotività negativa/neuroticismo (tendenza a sperimentare emozioni negative come ansia e depressione) e l'impulsività e l'urgenza negativa (tendenza a reagire impulsivamente sotto stress), predicono in modo prospettico lo sviluppo dei sintomi dei disturbi alimentari (Combs et al., 2012; Leon et al., 1999; Tyrka et al., 2002) e sono stati dimostrati condividere fondamenti eziologici (ad esempio, genetici) con la patologia alimentare (Klump et al., 2002; Racine et al., 2013; Wade & Bulik, 2007). Nello specifico, mentre la negatività emotiva e il perfezionismo tendono ad essere associati ai sintomi dei disturbi alimentari lungo tutto lo spettro diagnostico, l'impulsività è considerata strettamente correlata al binge eating (abbuffate) e ai comportamenti di eliminazione (Culbert et al., 2015). In effetti, la ricerca trasversale indica che i pazienti attualmente affetti da bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (BED) e anoressia nervosa di tipo abbuffata/eliminazione mostrano livelli maggiori di impulsività rispetto ai pazienti con anoressia nervosa di tipo restrittivo e rispetto ai gruppi di controllo (Claes et al., 2005; Rosval et al., 2006). Alcuni studi evidenziano che l'urgenza negativa (la tendenza a intraprendere azioni avventate quando si è in difficoltà emotiva) è la forma di impulsività più rilevante per i sintomi di abbuffate e condotte compensatorie (Fischer et al., 2008).

1.2.3 Processi neurocognitivi

I processi neurocognitivi hanno guadagnato sempre più attenzione come fattori di differenze individuali che influenzano il rischio di disturbi alimentari. Nello

specifico, la flessibilità cognitiva e il controllo inibitorio sono due processi neurocognitivi che sono stati collegati ai disturbi alimentari (Culbert et al., 2015). La flessibilità cognitiva, ossia la capacità di passare tra diversi compiti, è correlata all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, ma meno studiata nel disturbo da alimentazione incontrollata (BED). I deficit in questa capacità possono essere tratti premorbose dell'anoressia nervosa siccome alcuni persistono anche durante il recupero, ma sono necessarie ulteriori ricerche per escludere l'influenza della denutrizione o della durata della malattia (Culbert et al., 2015). Il controllo inibitorio consiste nel sopprimere una risposta automatica in favore di una meno automatica. Ricerche hanno rilevato deficit di controllo inibitorio nei pazienti con disturbi alimentari caratterizzati da abbuffate e condotte compensatorie (Culbert et al., 2015), e studi di neuroimaging mostrano una ridotta attivazione nelle regioni frontostriatali rispetto ai controlli (Lock et al., 2011).

1.2.4 Fattori biologici

Gli studi sui gemelli e sull'adozione evidenziano che le influenze genetiche giocano un ruolo significativo nel rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione e problemi alimentari. Tuttavia, la nostra comprensione dei geni specifici responsabili è ancora limitata. Per affrontare questa lacuna, sono necessari studi di associazione genome-wide (GWAS) ben progettati per identificare i polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) legati a queste patologie (Culbert et al., 2015). L'identificazione delle varianti genetiche è complessa poiché i fattori genetici e ambientali agiscono insieme, mascherando le associazioni genetiche. Le interazioni gene-ambiente ($G \times E$) e gli effetti epigenetici sono modalità chiave di questa combinazione. Le interazioni $G \times E$ avvengono quando fattori ambientali influenzano individui con predisposizioni genetiche specifiche, mentre i processi epigenetici comportano cambiamenti nell'espressione genica causati da fattori ambientali o biologici (Culbert et al., 2015). Sebbene sia prematuro considerare la maggior parte degli effetti $G \times E$ e degli effetti epigenetici come correlati definitivi o fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione, alcune aree di ricerca stanno emergendo come particolarmente promettenti. Tra queste ci sono: gli effetti della serotonina, della dopamina e l'impatto dell'età e della

pubertà. Queste scoperte meritano particolare attenzione per il loro potenziale nel chiarire i meccanismi complessi alla base dei disturbi dell'alimentazione (Culbert et al., 2015).

CAPITOLO 2

LA TRASMISSIONE INTERGENERAZIONALE DEI DISTURBI ALIMENTARI

2.1 Introduzione

La trasmissione intergenerazionale in psicologia si riferisce al passaggio di comportamenti, valori, traumi, schemi di relazione, credenze, e modelli di coping da una generazione all'altra all'interno di una famiglia. La trasmissione intergenerazionale è stata ampiamente studiata nel contesto di diverse patologie mentali ed è stato dimostrato che i figli di genitori traumatizzati sono a maggior rischio rispetto agli altri di sviluppare diagnosi di salute mentale, come disturbi d'ansia, depressione, PTSD secondario, e disturbi da uso di sostanze (Talmon & Tsur, 2021), motivo per cui risulta importante investigare il coinvolgimento della trasmissione intergenerazionale nella eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare. Nello specifico dei disturbi dell'alimentazione la trasmissione intergenerazionale fa riferimento al passaggio di comportamenti alimentari disfunzionali dal caregiver al figlio. In particolare, la figura della madre è considerata particolarmente influente sulla trasmissione di comportamenti alimentari disordinati, motivo per cui la maggior parte degli studi ha analizzato la relazione madre-figlia per comprenderne i processi sottostanti. In uno studio (García de Amusquibar & De Simone, 2003) è emerso che i pazienti con disturbi alimentari hanno più probabilità di avere madri con tendenze bulimiche più elevate, episodi più frequenti di binge eating e più sintomi di disturbi alimentari rispetto alle madri nel gruppo di controllo. Inoltre, in campioni non clinici, i sintomi alimentari delle madri e la loro preoccupazione per il peso sono stati associati positivamente alla segnalazione da parte delle figlie di immagine corporea negativa e sintomi di disturbi alimentari (Cooley et al., 2008; Francis & Birch, 2005). Per queste ragioni, e poiché il processo di socializzazione di genere inizia fin dalla giovane età, la madre è stata individuata come una figura chiave all'interno della famiglia che influisce sui comportamenti alimentari disordinati e sul controllo del peso delle figlie. A sostegno di queste affermazioni Arroyo et al. (2017) sostengono che i livelli condivisi di disturbi alimentari tra madri e figlie possano essere compresi attraverso la teoria cognitivo-sociale di Bandura (1977,

2001). Secondo questa teoria, gli individui sono spinti a imitare il comportamento di un modello quando osservano che questo ottiene conseguenze positive. La tendenza a imitare quel comportamento aumenta se l'individuo sperimenta alti livelli di identificazione con il modello o se lo percepisce come di alto status (Bandura, 2001). Questo è il modo in cui le madri vengono spesso percepite dalle loro figlie, motivo per cui le figlie le considerano modelli per il comportamento appropriato di genere e apprendono da loro le regole e le aspettative sottostanti. Ad esempio, una figlia potrebbe scegliere di limitare la propria alimentazione dopo aver notato che essere magre o non essere sovrappeso è personalmente e socialmente gratificante (Arroyo et al., 2017).

Uno studio condotto da Stein et al. (2006) conferma che i figli di madri con disturbi alimentari hanno maggiori probabilità di sviluppare comportamenti alimentari disturbati e una maggiore attenzione verso il proprio aspetto fisico rispetto ai controlli. Lo studio ha esaminato due gruppi di diadi madre-bambino in tre momenti temporali: quando i bambini avevano 1 anno, 5 anni e infine 10 anni. Sono state raccolte varie misure nei figli (comportamenti alimentari, adattamento emotivo, autostima, indice di massa corporea), nelle madri (comportamenti alimentari) e in entrambi i genitori (grado di psicopatologia e adattamento coniugale). Inoltre, sono stati rilevati i tassi di conflitto madre-bambino durante i pasti a 1 e 5 anni, mentre a 10 anni è stata effettuata l'analisi di sessioni di compiti a casa videoregistrate, valutando il grado di intrusione e critica materna. I risultati evidenziano che i bambini di dieci anni figli di madri con disturbi alimentari ottengono punteggi più alti in tre delle quattro sottoscale del Child-EDE¹ (preoccupazione per la forma fisica, preoccupazione per il peso e controllo dietetico) e nel punteggio globale rispetto al gruppo di controllo, sebbene tali punteggi non raggiungano la soglia critica per la diagnosi di disturbo alimentare. Per questo motivo, si evidenzia la necessità di replicare questo studio su individui in età adolescenziale, un periodo critico per lo sviluppo di disturbi alimentari. La trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari è un fenomeno di recente interesse nella ricerca scientifica, motivo per cui la letteratura attuale offre

¹ Child-EDE: versione per bambini del Eating Disorder Examination, intervista che misura le caratteristiche comportamentali e ideazionali dei disturbi alimentari (Bryant-Waugh et al., 1996)

ancora poche evidenze a riguardo. Alcuni studiosi hanno cercato di identificare le variabili associate alla trasmissione dei comportamenti alimentari disordinati. Di seguito presenterò gli studi che hanno indagato la relazione tra maltrattamento infantile, comunicazione materna diretta e indiretta, ambienti infantili invalidanti, problemi alimentari dei genitori, relazione padre-figlia e stile di attaccamento con lo sviluppo di disturbi alimentari nei figli.

2.2 Fattori associati alla trasmissione intergenerazionale

2.2.1 Maltrattamento infantile

Le connessioni tra maltrattamento infantile e l'insorgenza di disturbi alimentari sono oggetto di approfonditi studi, che esplorano come esperienze traumatiche nell'infanzia possano influenzare il comportamento alimentare e la salute mentale nella successiva età adolescenziale e adulta. Nello studio di metanalisi condotto da Molendijk et al. (2017), sono stati esaminati diversi tipi di maltrattamento infantile, tra cui fisico, sessuale ed emotivo, per esplorare le loro associazioni con l'insorgenza dei disturbi alimentari. I risultati di ottantadue studi indicano una forte correlazione tra il maltrattamento infantile e tutti i tipi di disturbi alimentari, con particolare significatività per la bulimia nervosa, il binge eating disorder e per l'anoressia nervosa di tipo abbuffate-eliminazione, sebbene in misura minore per l'anoressia nervosa di tipo restrittivo. Le percentuali di prevalenza di maltrattamento infantile variano dal 1% al 35% nei soggetti sani di controllo, dal 5% al 46% nei soggetti di controllo psichiatrico, e dal 21% al 59% negli individui con disturbi alimentari, dimostrando che questi ultimi sperimentano, in media, livelli più elevati di maltrattamento infantile rispetto al resto della popolazione. I pazienti con disturbi alimentari esposti al maltrattamento infantile hanno segnalato un esordio più precoce della malattia, una forma più grave della patologia e una maggiore frequenza di episodi di abbuffata e condotte compensatorie rispetto a coloro che non hanno riportato tale esperienza. Inoltre, hanno mostrato una maggiore probabilità di avere un disturbo psichiatrico concomitante e di manifestare ideazioni suicide (Molendijk et al., 2017). Uno studio condotto da Talmon & Tsur (2021) ha esplorato il meccanismo transgenerazionale che collega il maltrattamento infantile ai comportamenti

alimentari disordinati, coinvolgendo tre generazioni di donne: 168 diadi madri-figlie e 142 triadi nonne-madri-figlie. È emerso che il maltrattamento infantile subito dalle nonne è positivamente correlato a quello subito dalle madri e dalle figlie, con un'associazione tra i disturbi alimentari osservati nelle tre generazioni. Questo è particolarmente rilevante poiché l'esposizione al maltrattamento infantile da parte delle madri è risultata correlata ai disturbi alimentari delle figlie, suggerendo che le madri che hanno affrontato esperienze negative nell'infanzia possano creare un ambiente invalidante che favorisce lo sviluppo di comportamenti alimentari disordinati (Ford et al., 2011). Inoltre, i disturbi alimentari delle madri erano significativamente associati a quelli delle figlie, aumentando così la possibilità di trasmissione. Tuttavia, a causa delle limitazioni di questo studio in termini di strumenti utilizzati (questionari self-report) e del fatto che i disturbi alimentari non sono stati misurati secondo i criteri diagnostici, sono necessari ulteriori studi per confermare queste scoperte.

2.2.2 Comunicazione materna diretta e indiretta tra nonne, madri e figlie

La trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari e l'influenza dei comportamenti materni sullo sviluppo di tali disturbi nelle figlie è un tema complesso e di grande rilevanza, come dimostrato da numerosi studi. Uno studio (Arroyo et al., 2017) ha esplorato la possibilità di trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari tra nonne, madri e figlie, considerando sia canali di comunicazione diretti (es. commenti materni) che indiretti (es. modeling materno). La comunicazione diretta comprende strategie verbali o di influenza per mantenere e limitare il peso del bambino, mentre la comunicazione indiretta si riferisce a comportamenti osservabili messi in atto dal genitore nel tentativo di mantenere o limitare il proprio peso (Abraczinskas et al., 2012). A ciascuna partecipante sono state poste domande riguardanti il proprio disturbo alimentare ed è stato chiesto di riflettere su come fosse vivere con la propria madre, basandosi sulla memoria retrograda. I risultati hanno rivelato che l'unico effetto diretto di disturbo alimentare si osserva tra madri e figlie. Sembra infatti che le nonne di questo studio fossero cresciute in un'epoca storica in cui l'aspetto del proprio corpo non era così incisivo. Questo evidenzia l'importanza dei

comportamenti delle madri come un fattore che probabilmente contribuisce alla trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari. Infatti, sebbene pressioni, messaggi e influenze provengano da una moltitudine di fonti (ad esempio, coetanei, media, persone significative), i comportamenti osservabili riguardanti il peso (ad esempio, commentare il proprio peso, preoccuparsi del peso) da parte di qualcuno percepito come simile e altamente credibile, come una madre, sono i più influenti nel contribuire alla propria percezione di sé (Benedikt et al., 1998; Thompson et al., 1999). Anche le comunicazioni dirette, come l'incoraggiamento dei genitori a perdere peso (anche se inteso come benefico) sono associate a un aumento della dieta, del desiderio di magrezza e dell'insoddisfazione corporea nelle figlie (Benedikt et al., 1998). Questo avviene probabilmente perché qualsiasi forma di comunicazione riguardante il corpo di una donna - sia essa diretta o indiretta, positiva o negativa - oggettifica il suo corpo, aumenta la rilevanza del suo peso e del suo aspetto rispetto agli standard di bellezza ideali e la classifica in una categoria di peso, come grassa o magra (Arroyo et al., 2017). Gli autori sottolineano la necessità di ulteriori studi per accertare la direzione causale; trattandosi di un'indagine trasversale basata su commenti retrospettivi, infatti, non è possibile per ora confermare una causalità certa tra i commenti materni e lo sviluppo di disturbi alimentari nelle figlie.

2.2.3 Ambienti infantili invalidanti

Esistono inevitabilmente dei collegamenti tra l'ambiente familiare e i disturbi del comportamento alimentare, anche se la direzione causale non è ancora chiara (Schmidt et al., 1998). Risulta centrale il contributo che l'assetto familiare ha nel promuovere stati emotivi negativi e l'incapacità di far fronte agli stessi. Assetti familiari in cui vige il controllo dei propri stati emotivi e delle proprie esperienze comunicano ai suoi membri che non è accettabile o sicuro esperire queste tipologie di emozioni, portando gli stessi ad utilizzare dei meccanismi di blocco per ridurre la consapevolezza (Waller et al., 2007). Questi meccanismi comprendono impulsività (come binge eating e meccanismi di ricompensa, e comportamenti autolesivi) e compulsività (come restrizione alimentare ed esercizio compulsivo, e caratteristiche ossessivo-compulsive) (Haslam et al.,

2008). Vivere in un ambiente invalidante comunica al bambino che il proprio modo di esperire le emozioni è incorretto. Questo può portare allo sviluppo di disregolazione emotiva caratterizzata dall'incapacità del bambino di etichettare, riconoscere e tollerare correttamente i propri stati emotivi (Linehan, 1993). La disregolazione emotiva caratterizza spesso l'esperienza degli individui con disturbi alimentari che si avvalgono di comportamenti alimentari disadattivi per farvi fronte (Haslam et al., 2008). Haslam et al. (2008) hanno condotto uno studio per investigare la possibilità che ambienti infantili invalidanti possano essere associati ad una specifica diagnosi o ad un pattern di comportamenti e atteggiamenti alimentari. Sono stati coinvolti 58 pazienti adulti, di cui 55 donne e 3 uomini, diagnosticati con anoressia nervosa o bulimia nervosa secondo i criteri del DSM-IV. Dai risultati è emerso che erano le persone affette da bulimia nervosa ad aver esperito i livelli più elevati di invalidazione, specificamente di invalidazione paterna. L'invalidazione materna potrebbe invece essere associata a comportamenti di restrizione alimentare, ma sono necessarie ulteriori ricerche in merito. Questo studio ha rilevato inoltre che comportamenti impulsivi come il vomito e l'esercizio sono associati ad una storia di percepita invalidazione, suggerendo che quei comportamenti potrebbero svolgere la funzione di sopprimere le emozioni che il paziente fa fatica a tollerare a causa di esperienze passate (Haslam et al., 2008). Questo studio non permette di comprendere la direzione causale di questi risultati, per cui risulta necessaria una ricerca longitudinale, ma pone luce su un aspetto molto importante da attenzionare.

2.2.4 Disturbi alimentari genitoriali

La relazione tra i disturbi alimentari nei genitori e nei figli è di particolare interesse, poiché è stato dimostrato che i disturbi alimentari materni predicono comportamenti alimentari disordinati nelle loro figlie (Field et al., 2008). Lo studio di Cooper et al. (2004) ha esaminato il rapporto madre-figlio nel contesto dell'alimentazione infantile, confrontando tre gruppi di bambini e le rispettive madri: bambini con problemi alimentari, bambini del gruppo di controllo e un secondo gruppo di controllo "disturbato" (bambini con molte paure, timidi o con importanti disturbi comportamentali). L'età media dei bambini era di circa cinque

anni. L'obiettivo dello studio era comprendere le variabili che consentono l'associazione dei problemi alimentari nell'infanzia ai disturbi alimentari nella madre. Registrando con videocamera i momenti del pasto sono stati rilevati due indici del rapporto madre-bambino che sono risultati significativamente più alti per il gruppo con problemi alimentari rispetto agli altri due gruppi: disorganizzazione durante i pasti e forte controllo e disarmonia materna. Inoltre, la presenza di psicopatologia attuale del disturbo alimentare materno, misurata con l'EDE (Cooper et al., 1989), è stata associata all'entità del problema alimentare nel bambino. Un'analisi ulteriore ha rivelato che le due variabili ambientali familiari mediavano la relazione tra la psicopatologia del disturbo alimentare materno e il livello di disturbo alimentare del bambino, suggerendo un meccanismo per la trasmissione del disturbo alimentare dalla madre al bambino. Sembra che le madri con alti livelli di psicopatologia del disturbo alimentare tendano a creare un ambiente disorganizzato durante i pasti per i loro figli e ad avere uno stile di interazione controllante e disarmonioso con loro. In questo contesto, è probabile che i bambini sviluppino abitudini alimentari disturbate, come capricci e rifiuto del cibo (Cooper et al., 2004). Risultati analoghi sono stati riportati anche da Bould et al. (2015), i quali hanno rilevato un'associazione tra i disturbi alimentari nei genitori e quelli nei figli, contribuendo ad ampliare la nostra comprensione della trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari e ad identificare i gruppi ad alto rischio per rendere possibile una prevenzione mirata.

2.2.5 Rapporto padre-figlia

La maggior parte degli studi si concentra sul rapporto madre-figlia per comprendere meglio i disturbi alimentari. Tuttavia, è fondamentale esaminare anche il rapporto padre-figlia, come menzionato in precedenza, per approfondire il suo ruolo nell'eziologia dei disturbi alimentari. Haslam et al. (2008) hanno rilevato che le persone affette da bulimia nervosa spesso sperimentano alti livelli di invalidazione paterna, aspetto che è stato confermato anche da Hampshire et al. (2022), i quali hanno osservato che famiglie con scarse cure da parte dei caregiver e uno stile genitoriale caratterizzato da conflitto e controllo favoriscono l'emergere della bulimia nervosa. Saunokonoko et al. (2022) hanno esplorato il

rapporto padre-figlia in sei donne con bulimia nervosa, evidenziando la costante paura del padre durante l'infanzia in cinque famiglie. Alcune hanno subito abusi sessuali e violenza fisica, rigidi ruoli di genere imposti dai padri, influenzando negativamente l'autostima e i sentimenti di sicurezza. La rabbia paterna, instabilità emotiva, trascuratezza, abuso emotivo, distanziamento fisico e abbandono hanno generato in queste donne paura e vulnerabilità, contribuendo a traumi complessi e allo sviluppo della bulimia nervosa come risposta a sovraccarico e disregolazione emotiva. Sebbene queste scoperte non siano generalizzabili a causa del campione limitato, sottolineano l'importanza di ulteriori ricerche per confermarle e comprendere meglio il ruolo del padre nei disturbi alimentari. Analizzando vari aspetti del rapporto padre-figli correlati ai sintomi dei disturbi alimentari, si osservano: conflitto irrisolto (May et al., 2006), livelli di protezione genitoriale e controllo psicologico (relazione diretta con sintomi di disturbi alimentari, $p \leq 0,05$) (McEwen & Flouri, 2009) e genitorialità controllante e invadente (Latzer et al., 2009). Per l'anoressia nervosa, Dallos & Denfors (2008) hanno individuato una forte triangolazione nelle famiglie, con figli che riportavano di essere manipolati da un genitore contro l'altro (Gale et al., 2013). Steinhilber et al. (2020) hanno scoperto che le donne con minor supporto paterno mostrano maggiore insoddisfazione corporea e rischio di disturbi alimentari. Lo studio evidenzia anche l'importanza della figura paterna come possibile fattore protettivo contro l'insoddisfazione corporea e i comportamenti alimentari disadattivi, sottolineando la necessità di ulteriori ricerche in ottica preventiva.

2.2.6 Stile di attaccamento

Lo stile genitoriale influenza il tipo di attaccamento che il bambino svilupperà, e questo a sua volta condiziona le sue reazioni a stimoli stressogeni. Secondo la teoria di John Bowlby, la rottura dell'attaccamento nell'infanzia rappresenta un rischio per lo sviluppo psicopatologico, poiché le esperienze negative precoci in famiglia favoriscono la formazione di modelli operativi interni (MOI) insicuri. Questi modelli insicuri sono alla base di comportamenti disadattivi e schemi emotivi problematici, e numerose evidenze empiriche li collegano a comportamenti alimentari problematici (Attili et al., 2018). Per esplorare

ulteriormente questa associazione, Attili et al. (2018) hanno condotto uno studio confrontando i modelli operativi interni dei pazienti con disturbi alimentari e dei loro genitori con quelli di individui del gruppo di controllo e dei rispettivi genitori. I risultati hanno mostrato che un'alta percentuale di pazienti, così come i loro genitori, presentano MOI insicuri (n = 51-93%; n = 47-90%; n = 45-90%, rispettivamente). Al contrario, nel gruppo di controllo si sono riscontrati più MOI sicuri, presenti nel 50% dei casi. Inoltre, i pazienti hanno mostrato una prevalenza di MOI con ansia elevata, accompagnata da un'alta ansia da separazione. La percentuale di MOI con "ansia elevata" era significativamente maggiore nei pazienti rispetto ai soggetti di controllo, i quali presentavano una maggiore frequenza di MOI con "ansia ridotta". Uno degli scopi dello studio era identificare associazioni tra i sottotipi di disturbi alimentari e i modelli di attaccamento. Sono stati trovati modelli operativi interni ambivalenti con ansia elevata nei pazienti con BED (anche se sono stati riscontrati anche MOI ambivalenti con bassa ansia in questo gruppo), MOI con ansia elevata di tipo evitante e ambivalente nei pazienti con anoressia nervosa con condotte di eliminazione, MOI con ansia elevata di tipo evitante nei pazienti con anoressia nervosa restrittiva e MOI con ansia elevata di tipo disorganizzato nei pazienti con bulimia nervosa (BN). Lo studio ha inoltre esaminato la trasmissione intergenerazionale dei modelli operativi interni, rilevando che i modelli con "ansia elevata" erano significativamente più frequenti tra i genitori dei pazienti rispetto a quelli dei soggetti di controllo, dove invece sono stati trovati più MOI sicuri sia nelle madri che nei padri (Attili et al., 2018). Questi risultati suggeriscono che i disturbi alimentari possono svilupparsi in contesti familiari caratterizzati da alta ansia da separazione. I pazienti con disturbi alimentari, sentendosi incapaci di fare affidamento sui genitori, potrebbero indirizzare la loro attenzione verso obiettivi concreti, come modificare il proprio aspetto, nel tentativo di attirare l'attenzione dei genitori (Attili et al., 2018). Questo sottolinea l'importanza dello stile genitoriale, sia materno che paterno, nel determinare la probabilità di insorgenza di disturbi alimentari nei figli.

Come precedentemente sottolineato, non esiste un unico fattore di rischio in grado di determinare lo sviluppo di una patologia mentale in un individuo. Lo

stesso vale per i disturbi alimentari, la cui trasmissione intergenerazionale potrebbe rivestire un ruolo significativo, dato che avviene all'interno dell'ambiente di crescita del bambino. Per questo motivo, sono necessarie ulteriori ricerche in materia, in particolare studi longitudinali con campioni ampi, al fine di poter affermare con certezza una direzione di causalità. Attualmente, le ricerche presenti in letteratura sono ancora insufficienti, e in futuro sarà importante esplorare anche altri componenti della famiglia che potrebbero essere coinvolti in questa trasmissione, come i fratelli e le sorelle. Comprendere nel dettaglio la trasmissione intergenerazionale di queste patologie è fondamentale per attuare una prevenzione mirata, specialmente nei casi di genitori affetti dalla patologia, e per individuare le modalità di intervento più efficaci.

CAPITOLO 3

POSSIBILI INTERVENTI PER INTERROMPERE LA TRASMISSIONE

3.1 Prevenzione dei disturbi alimentari

Interrompere la trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari è cruciale per spezzare il ciclo di insoddisfazione corporea e comportamenti alimentari disordinati all'interno di una stessa famiglia. La relazione madre-figlia è stata il principale oggetto di studio per comprendere come i disturbi alimentari della madre possano influenzare lo sviluppo di disturbi alimentari nella figlia. Questo è particolarmente rilevante considerando il ruolo centrale che la madre assume nel trasmettere gli ideali culturali di magrezza (specie nelle culture Occidentali). Come già analizzato in questo elaborato, la trasmissione di questi ideali può avvenire in modo diretto o indiretto (Arroyo et al., 2017), rendendone maggiormente difficile l'interruzione. Neumark-Sztainer et al. (2006) hanno rilevato che una bassa soddisfazione corporea nelle donne prevede un aumento dei comportamenti alimentari disordinati. Molti ricercatori ritengono che sia proprio la madre a poter prevenire l'insoddisfazione corporea e promuovere la soddisfazione corporea e l'adozione di comportamenti alimentari salutari nelle figlie (Brun et al., 2021). Lo stesso principio del modellamento (Bandura, 2001), utilizzato per spiegare la trasmissione dei disturbi alimentari da madre a figlia (Arroyo et al., 2017), viene proposto come possibile meccanismo attraverso il quale le madri possono proteggere le figlie dall'insoddisfazione corporea (McBride et al., 2017). Per raggiungere questo obiettivo, le madri dovrebbero prestare attenzione al proprio comportamento, modellando un'alimentazione intuitiva e una soddisfazione corporea. Questo include praticare un dialogo positivo su se stesse, focalizzandosi sulla funzionalità del corpo e apprezzando le caratteristiche personali piuttosto che l'aspetto fisico, introducendo così fattori di protezione contro i messaggi socioculturali che idealizzano la magrezza. È fondamentale creare spazi per la discussione sulla soddisfazione corporea per aumentare la consapevolezza delle figlie. Inoltre, è utile instaurare un senso di sicurezza relazionale nel rapporto madre-figlia, caratterizzato da un linguaggio gentile che promuova sentimenti di accettazione non dipendenti dall'aspetto

fisico. Infine, ricalcando il principio del modellamento, è importante che la madre lavori sulla propria insoddisfazione corporea con l'aiuto di un professionista, per evitare di comunicare indirettamente alla figlia che anche lei dovrebbe essere insoddisfatta del proprio corpo (McBride et al., 2017). Le forti pressioni per conformarsi all'ideale di magrezza socioculturale derivano molto spesso da ambienti esterni al contesto familiare. Per questo motivo, è importante che quest'ultimo sia un ambiente protetto, privo di negatività legata al peso e ricco di accettazione del corpo, in modo da rappresentare un fattore di protezione contro lo sviluppo di insoddisfazione corporea (Brun et al., 2021). È essenziale riconoscere l'importanza non solo della relazione madre-figlia, che dovrebbe rappresentare un rifugio per ripararsi dalle pressioni sociali, ma anche della relazione padre-figlia che, come analizzato in precedenza può, se disfunzionale, contribuire all'eziopatogenesi dei disturbi alimentari. La ricerca dimostra che l'autostima, i valori femministi e l'empowerment psicologico sono fattori protettivi contro i disturbi alimentari (Steinhilber et al., 2020). In questo contesto, un legame positivo padre-figlia emerge come un elemento chiave per promuovere tali aspetti e può offrire benefici protettivi a lungo termine nello sviluppo dell'immagine corporea e dei modelli alimentari delle figlie. In particolare, i modelli di comunicazione di padri che favoriscono la partecipazione di tutti i membri della famiglia nelle conversazioni non solo influiscono positivamente sull'empowerment psicologico delle figlie, ma sono anche correlati ad una maggiore soddisfazione corporea (Taniguchi et al., 2015). Risultano importanti anche l'accettazione paterna e il sostegno paterno percepito, che promuovono nelle figlie una migliore autostima, atteggiamenti alimentari più salutari e un migliore benessere (Steinhilber et al., 2020). Nel contesto familiare è fondamentale che i genitori creino ambienti di crescita sicuri in cui le emozioni dei figli siano validate e accettate. Questo aiuta a prevenire la disregolazione emotiva e lo sviluppo di comportamenti alimentari disadattivi come risposta a tale disregolazione (come avviene nel caso di ambienti infantili invalidanti; Haslam et al., 2008). Questo aspetto è confermato dagli studi sull'attaccamento che evidenziano che uno stile di attaccamento sicuro funge da fattore protettivo contro le psicopatologie, mentre un attaccamento insicuro rappresenta un rischio

per il loro sviluppo (Attili et al., 2018). In letteratura esistono ancora insufficienti evidenze per comprendere i fattori di rischio specifici per ogni disturbo alimentare, e molti dei possibili fattori di rischio individuati necessitano di ulteriori studi longitudinali per essere confermati. Come già evidenziato, i disturbi alimentari sono il risultato di una complessa interazione tra fattori socioculturali, psicologici e biologici, e ogni individuo può essere influenzato da una combinazione unica di questi fattori. Questi due aspetti rendono maggiormente difficile il processo di individuazione di azioni preventive. Per quanto riguarda i possibili interventi, la letteratura propone diverse tipologie di terapie che sembrano efficaci nel contrastare i disturbi alimentari.

3.2 Trattamento dei disturbi alimentari

I disturbi del comportamento alimentare sono una malattia psicopatologica complessa, e il loro trattamento può prevedere un intervento psicologico, gestione medica, psicoeducazione e/o l'utilizzo di farmaci (Bhattacharya et al., 2020). Esistono due principali tipologie di trattamento: le cure ospedaliere e quelle ambulatoriali. Le prime includono il ricovero medico in un'unità ospedaliera, programmi intensivi di degenza e programmi di day hospital parziale. Le cure ambulatoriali invece possono includere trattamenti individuali, di gruppo e basati sulla famiglia, assistenza medica e consulenza nutrizionale generale. La scelta tra le due dipende dalla gravità del paziente, secondo alcuni indici come l'indice di massa corporea e i sintomi psicologici. Indipendentemente dal tipo di trattamento, il paziente è generalmente affiancato da un team multidisciplinare per affrontare gli aspetti medici, nutrizionali e psicologici della malattia (Bhattacharya et al., 2020). I dati sull'efficacia dei trattamenti per i disturbi alimentari sono contrastanti, in parte a causa degli elevati tassi di recidiva e riammissione post-ospedalizzazione. I ricoveri diurni parziali, dove i pazienti ricevono trattamento durante il giorno e tornano a casa per la notte, si sono rivelati particolarmente utili per gli adolescenti con anoressia nervosa, poiché permettono un maggiore coinvolgimento della famiglia nel processo di rinutrizione del ragazzo (Le Grange & Eisler, 2009). Infatti, per questi pazienti il trattamento con maggiori evidenze scientifiche è il trattamento basato sulla

famiglia. Il trattamento individuale per gli adolescenti con maggiori evidenze è la terapia focalizzata sugli adolescenti, in cui i pazienti imparano ad identificare e definire le loro emozioni, aumentare la tolleranza al disagio e a non restringere l'alimentazione. Per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa negli adolescenti, il trattamento basato sulla famiglia si è dimostrato più efficace rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale (Bhattacharya et al., 2020). Per il BED (disturbo da alimentazione incontrollata) e l'ARFID (disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo) non esistono trattamenti con solide evidenze scientifiche. Il trattamento del BED può includere ricovero ospedaliero o terapia cognitivo-comportamentale, mentre l'ARFID viene trattato generalmente con la graduale esposizione ai cibi temuti. Il trattamento farmacologico non è solitamente previsto per i disturbi alimentari, tranne che per il BED, dove gli antidepressivi possono aiutare con la comorbidità della depressione, e per la bulimia nervosa, dove gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina possono ridurre le abbuffate e le condotte di eliminazione (Shapiro et al., 2007). Alcune evidenze suggeriscono che i pazienti con disturbi alimentari potrebbero trarre meno beneficio dalle terapie focalizzate esclusivamente sui sintomi, e potrebbero invece ottenere maggiori benefici da terapeuti che offrono un supporto nutritivo in modo non minaccioso, svolgendo il ruolo di una base sicura e fornendo supporto emotivo, sia attraverso una terapia individuale basata sui costrutti dell'attaccamento, sia attraverso una terapia familiare basata su approcci sistemici, lavorando sugli aspetti disfunzionali delle relazioni familiari (Souza & Santos, 2010). Tali interventi potrebbero aiutare a gestire l'ansia da separazione cronica che caratterizza tutti i sottotipi di disturbi alimentari, supportando i pazienti e i loro genitori nel riorganizzare le loro emozioni ansiose, rivedere i modelli interni di funzionamento e focalizzare l'attenzione sui propri bisogni conflittuali (Attili et al., 2018). In generale, vista la forte influenza dell'ambiente familiare sullo sviluppo dei disturbi alimentari, è importante coinvolgere la famiglia nel trattamento, così da interrompere il ciclo di trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari.

3.3 Direzioni future della ricerca sui disturbi alimentari

È cruciale riconoscere che le evidenze scientifiche e le ricerche sulla trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari (DCA), così come sui DCA in generale, sono ancora insufficienti. In particolare, è necessario ampliare gli studi che riguardano gli uomini affetti da disturbi alimentari, sviluppando strumenti specifici per la loro rilevazione al fine di superare i bias e gli stereotipi attualmente presenti. Inoltre, è cruciale approfondire le cause genetiche dei disturbi alimentari, identificando i geni specifici coinvolti, come i polimorfismi a singolo nucleotide, per individuare gli individui a rischio e intervenire tempestivamente. Questo permetterebbe di ottenere risultati più efficaci nella prevenzione e nel trattamento. È indispensabile includere ortoressia e vigoressia nei criteri diagnostici dei principali manuali diagnostici. Tale inclusione faciliterebbe l'ampliamento delle evidenze riguardanti la loro prevenzione e i fattori di rischio, considerata la loro recente identificazione e la scarsa ricerca attuale. Un altro aspetto da approfondire è la ricerca sui fattori di rischio specifici per ciascun disturbo alimentare, oltre che la ricerca sulle terapie più efficaci per il loro trattamento. In particolare, la ricerca sulla trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari necessita di maggiore attenzione. Gli studi esistenti sono troppo pochi e spesso si limitano a considerare solo comportamenti alimentari disturbati generici o anoressia nervosa e bulimia nervosa, mentre sono necessarie evidenze anche sugli altri DCA. Inoltre, sarebbe importante condurre ulteriori ricerche che esaminino l'influenza di altri membri della famiglia, oltre ai genitori. Ad esempio, comprendere il ruolo di un fratello o una sorella maggiore potrebbe offrire nuovi spunti di riflessione sull'argomento. Infine, è di primaria importanza condurre studi longitudinali con strumenti standardizzati per accertare la causalità tra le diverse variabili identificate in questa analisi e lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare. Questi aspetti sono cruciali per migliorare la comprensione, la prevenzione e il trattamento dei disturbi alimentari, favorendo approcci più mirati ed efficaci.

CONCLUSIONE

Questa tesi ha esplorato la trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari, evidenziando come i comportamenti e le attitudini dei genitori possano influenzare significativamente lo sviluppo di disturbi alimentari nei figli. Dopo aver introdotto i disturbi alimentari e i relativi criteri diagnostici, sono stati presentati i fattori causali coinvolti nel loro sviluppo, ed è stata evidenziata l'unicità dei fattori di rischio. Questi fattori, a causa di differenze individuali, hanno un impatto diverso su ogni individuo e possono condurre o meno allo sviluppo della patologia. Sono stati esaminati diversi fattori associati alla trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari, ed è emersa una correlazione tra la presenza di disturbi alimentari nei genitori, in particolare nella madre, e l'incidenza di tali disturbi nei figli. Inoltre, è emerso che le dinamiche genitoriali incidono fortemente sulla regolazione o disregolazione emotiva del figlio e sulla sua capacità di farvi fronte, portando conseguentemente, negli individui a rischio, allo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare o comportamenti alimentari disturbati. In particolare, il maltrattamento infantile, ambienti infantili invalidanti e un rapporto padre-figlia conflittuale e non supportivo sono associati ad un esordio più precoce e una forma più grave della patologia rispetto a chi non ha vissuto tali esperienze. Connesso a queste variabili, è emerso che bambini con stili di attaccamento insicuri sono maggiormente a rischio di sviluppare psicopatologie e disturbi del comportamento alimentare. Sono stati analizzati gli stili di comunicazione diretti e indiretti delle madri con le figlie, ed è emerso che indipendentemente dal contenuto (positivo o negativo), un commento materno sul proprio corpo o su quello della figlia è associato ad una maggiore insoddisfazione corporea e comportamenti alimentari disturbati nella figlia. Le evidenze suggeriscono che interventi preventivi e terapeutici dovrebbero includere un approccio familiare, prestando attenzione non solo al singolo individuo affetto da un disturbo alimentare, ma anche all'intera dinamica familiare, e non dovrebbero concentrarsi unicamente sul sintomo alimentare. Una delle principali limitazioni di questa tesi è rappresentata dal numero relativamente ridotto di studi disponibili che esaminano la trasmissione intergenerazionale di

disturbi alimentari diversi dall'anoressia nervosa e dalla bulimia nervosa. Inoltre, molti studi si focalizzano esclusivamente sul rapporto genitore-figlio, trascurando il possibile ruolo di altri membri della famiglia. Gli stessi studi utilizzati per questa tesi invitano i ricercatori a replicare gli studi esistenti utilizzando campioni più ampi, approcci longitudinali e strumenti standardizzati, al fine di confermare una causalità che attualmente è solo probabile. In conclusione, comprendere la trasmissione intergenerazionale dei disturbi alimentari è fondamentale per sviluppare strategie di prevenzione e trattamento più efficaci. Solo attraverso una comprensione approfondita di questi meccanismi sarà possibile interrompere il ciclo di trasmissione e promuovere il benessere delle future generazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Abraczinskas, M., Fisak, B., Jr., & Barnes, R. D. (2012). The relation between parental influence, body image, and eating behaviors in a nonclinical female sample. *Body Image*, 9(1), 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.10.005>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arroyo, A., Segrin, C., & Andersen, K. K. (2017). Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters. *Body Image*, 20, 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.01.001>
- Attili, G., Pentima, L. D., Toni, A., & Roazzi, A. (2018). High anxiety attachment in eating disorders: Intergenerational transmission by mothers and fathers. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28, e2813. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2813>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Becker, A. E., Burwell, R. A., Herzog, D. B., Hamburg, P., & Gilman, S. E. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 509–514. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.509>
- Benedikt, R., Wertheim, E., & Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(1), 43–57. <https://doi.org/10.1023/A:1022876715005>
- Bhattacharya, A., DeFilipp, L., & Timko, C. A. (2020). Feeding and eating disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 175, pp. 387–403). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00025-1>
- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., et al. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/acps.12415>

- Brun, I., Russell-Mayhew, S., & Mudry, T. (2021). Last word: Ending the intergenerational transmission of body dissatisfaction and disordered eating: A call to investigate the mother-daughter relationship. *Eating Disorders*, 29(6), 591–598. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1712635>
- Bryant-Waugh, R., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Bryant-Waugh, R. (1996). The use of the eating disorder examination with children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 391–397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199606\)19:4<391::AID-EAT2>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199606)19:4<391::AID-EAT2>3.0.CO;2-G)
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.022>
- Combs, J. L., Pearson, C. M., Zapolski, T. C. B., & Smith, G. T. (2012). Preadolescent disordered eating predicts subsequent eating dysfunction. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 41–49. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss093>
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9(1), 52–61. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.001>
- Cooper, P. J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., & Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: Role of the family environment. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 210–215. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.210>
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorders examination and its subscales. *The British Journal of Psychiatry*, 154(6), 807–812. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.6.807>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2011). The influence of gender and puberty on the heritability of disordered eating symptoms. In *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 177–185). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2011_138
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(2), 305–322. <https://doi.org/10.1177/1359104507088349>
- Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, *56*(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Erdur, L., Kallenbach-Dermutz, B., Lehmann, V., et al. (2012). Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *Biopsychosocial Medicine*, *6*, 1-6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-1>
- Favaro, A., Busetto, P., Collantoni, E., & Santonastaso, P. (2019). The age of onset of eating disorders. In *Age of onset of mental disorders: Etiopathogenetic and treatment implications* (pp. 203–216). Springer.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, *107*(1), 54–60. <https://doi.org/10.1542/peds.107.1.54>
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., et al. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *162*(6), 574–579. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.6.574>
- Fischer, S., Smith, G. T., & Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, *28*(8), 1413–1425. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Ford, G., Waller, G., & Mountford, V. (2011). Invalidating childhood environments and core beliefs in women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *19*(4), 316–321. <https://doi.org/10.1002/erv.1054>
- Francis, L. A., & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, *24*(5), 548–554. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.5.548>

- Gale, C. J., & Cluett, E. R. (2013). A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(1), 48–69. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.783728>
- García de Amusquibar, A. M., & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 8(3), 225–230. <https://doi.org/10.1007/bf03325018>
- Guerra, G. C., Paone, A., Lionetti, F., Spinelli, M., Fasolo, M., & D'Urso, G. (2024). The role of psychological parental control and internalizing problems in the etiology of vigorexia and orthorexia in adolescence. *Children*, 11(2), 259. <https://doi.org/10.3390/children11020259>
- Hampshire, C., Mahoney, B., & Davis, S. K. (2022). Parenting styles and disordered eating among youths: A rapid scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12, 802567. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.802567>
- Haslam, M., Mountford, V., Meyer, C., & Waller, G. (2008). Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 9(3), 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.09.004>
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., & Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 168–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.002>
- Hoek, H. W., van Harten, P. N., Hermans, K. M. E., Katzman, M. A., Matroos, G. E., & Susser, E. S. (2005). The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 748–752. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.748>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Stewart, W. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>

- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747–769. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747>
- Klump, K. L., McGue, M., & Iacono, W. G. (2002). Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 380–389. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.380>
- Lakritz, C., Iceta, S., & Lafraire, J. (2024). Food categorization performance and strategies in orthorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10495-9>
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent–child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30(9), 1201–1220. <https://doi.org/10.1177/0192513X08327556>
- Le Grange, D., & Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159–173. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.08.005>
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181–196. <https://doi.org/10.1023/A:1021634618072>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive–behavioral treatment of borderline personality disorders*. Guilford Press.
- Martínez-González, M. A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., Irala-Estevez, J., & Cervera, S. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111(2), 315–320. <https://doi.org/10.1542/peds.111.2.315>
- McBride, H. L., Kwee, J. L., & Buchanan, M. J. (2017). Women’s healthy body image and the mother-daughter dyad. *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*, 51(1), 97–113. Retrieved from https://exlibris-pub.s3.amazonaws.com/PQ_Logo.jpg
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among

- adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 653–668. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.004>
- 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*, 206–216. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0720-0>
- Molendijk, M., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, *47*(7), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 389–401. <https://doi.org/10.1002/eat.20043>
- Racine, S. E., Keel, P. K., Alexandra, S., Sisk, C. L., Neale, M., Boker, S., & Klump, K. L. (2013). Exploring the relationship between negative urgency and dysregulated eating: Etiologic associations and the role of negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 433–444. <https://doi.org/10.1037/a0031643>
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2003). A longitudinal analysis of the role of biopsychosocial factors in predicting body change strategies among adolescent boys. *Sex Roles*, *48*, 349–359. <https://doi.org/10.1023/A:1022838427413>
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J., & Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention? *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 590–593. <https://doi.org/10.1002/eat.20303>
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., et al. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry*

& *Human Development*, 39, 261–272. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0078-1>

Saunokonoko, A. J., Mars, M., & Sattmann-Frese, W. J. (2022). The significance of the father-daughter relationship to understanding and treating Bulimia Nervosa: A hermeneutic phenomenological study. *Cogent Psychology*, 9(1), 2095721. <https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2095721>

Schaumberg, K., Reilly, E. E., Gorrell, S., Levinson, C. A., Farrell, N. R., Brown, T. A., Smith, K. M., Schaefer, L. M., Essayli, J. H., Haynos, A. F., & Anderson, L. M. (2021). Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clinical Psychology Review*, 83, 101952. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952>

Schmidt, U., Humfress, H., & Treasure, J. (1998). The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 5, 184–207. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199806\)5:3<184::AID-ERV148>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199806)5:3<184::AID-ERV148>3.0.CO;2-M)

Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., et al. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321–336. <https://doi.org/10.1002/eat.20344>

Shomaker, L. B., Tanofsky-Kraff, M., Elliott, C., et al. (2010). Salience of loss of control for pediatric binge episodes: Does size really matter? *International Journal of Eating Disorders*, 43, 707–716. <https://doi.org/10.1002/eat.20758>

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 285–294. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000200007>

Stein, A., Woolley, H., Cooper, S., Winterbottom, J., Fairburn, C. G., & Cortina-Borja, M. (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of

mothers with eating disorders: Longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 189(4), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.014316>

Steinhilber, K. M., Ray, S., Harkins, D. A., & Sienkiewicz, M. E. (2020). Father–daughter relationship dynamics & daughters’ body image, eating patterns, and empowerment: An exploratory study. *Women & Health*, 60(10), 1083–1094. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1801554>

Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030676>

Suisman, J. L., O’Connor, S. M., Sperry, S., Thompson, J. K., Keel, P. K., Burt, S. A., ... & Klump, K. L. (2012). Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 942–948. <https://doi.org/10.1002/eat.22008>

Suisman, J. L., Thompson, J. K., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., ... & Klump, K. L. (2014). Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization across puberty and preadolescent, adolescent, and young adult development. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 773–783. <https://doi.org/10.1002/eat.22242>

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>

Talmon, A., & Tsur, N. (2021). Intergenerational transmission of childhood maltreatment and eating disorder behaviors: Shedding light on the mother–daughter dyad and grandmother–mother–daughter triad. *Children and Youth Services Review*, 129, 106209. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106209>

Taniguchi, E., & Thompson, C. M. (2015). Family communication and body dissatisfaction among young adult females: Mediating effects of social competence. *Journal of Family Communication*, 15(4), 410–427. <https://doi.org/10.1080/15267431.2015.1076823>

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.

Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 282–290. <https://doi.org/10.1002/eat.10073>

Wade, T. D., & Bulik, C. M. (2007). Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychological Medicine*, *37*, 635–644. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009588>

Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive behavioral therapy with eating disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist–practitioner guide* (pp. 139–175). American Psychological Association.