

McMaster Model of Family Functioning: adattamento alla realtà italiana, implicazioni cliniche e di ricerca

Riassunto

PARTE PRIMA: aspetti teorici

- 1. McMASTER MODEL OF FAMILY FUNCTIONING** *pag. 9*
 - 1.1 Introduzione** *pag. 9*
 - 1.2 Background storico** *pag. 11*
 - 1.3 Presupposti teorico** *pag. 13*
 - 1.4 Dimensioni del funzionamento familiare** *pag. 15*
 - Ruoli
 - Controllo Comportamentale
 - Problem Solving
 - Comunicazione
 - Risposta Affettiva
 - Coinvolgimento Affettivo
 - 1.5 Pattern Transazionali** *pag. 25*

2. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL MODELLO McMASTER

pag. 27

2.1 FAD: Family Assessment Device *pag. 27*

2.1.1 Studi di validazione del FAD *pag. 30*

- Costruzione del FAD
- Desiderabilità sociale
- Coerenza interna
- Attendibilità test-retest
- Validità di criterio: validità concorrente
- Validità discriminante
- Sensibilità, specificità e confidenza diagnostica
- Analisi fattoriale

2.2 MCRS: McMaster Clinical Rating Scale *pag. 43*

2.2.1 Studi di valutazione dell'attendibilità e della validità della MCRS *pag. 44*

- Attendibilità
- Validità concorrente
- Validità discriminante
- Validità predittiva

2.3 McSIFF: McMaster Structured Interview of Family Functioning

pag. 47

2.4 Applicazioni cliniche e di ricerca di FAD, MCRS e McSiff *pag.48*

- Primi studi
- Studi longitudinali naturalistici

3. TERAPIA FAMILIARE DEL MODELLO McMASTER: LA PROBLEM CENTERED SYSTEMS THERAPY OF THE FAMILY (PCSTF) *pag. 55*

- 3.1 Presupposti di base** *pag. 56*
- 3.2 Fasi del trattamento** *pag. 57*
- Valutazione iniziale
 - Contratto
 - Trattamento
 - Chiusura
- 3.3 Studi sulla valutazione dell'efficacia della PCSTF** *pag. 62*
- 4. TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE RICORRENTE** *pag. 67*
- 4.1 Terapia farmacologica a lungo termine e a vita** *pag. 69*
- 4.2 Farmacoterapia intermittente** *pag. 72*
- 4.3 Psicoterapia** *pag. 73*
- 4.4 Conclusioni** *pag. 77*
- 5. EFFICACIA DELLE TERAPIE FAMILIARI E DI COPPIA NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE** *pag. 79*
- 5.1 L'efficacia della terapia familiare e di coppia per il trattamento dei disturbi psichiatrici** *pag. 80*
- 5.2 L'efficacia della terapia familiare e di coppia per il trattamento della depressione** *pag. 84*
- 5.2.1 C'è una relazione causale tra difficoltà di coppia e depressione?** *pag. 86*
- 5.3 Conclusioni** *pag. 88*
- PARTE SECONDA: componente sperimentale***
- 6. VALIDAZIONE ITALIANA DEL FAMILY ASSESSMENT DEVICE (FAD)** *pag. 91*
- 6.1 Obiettivi** *pag. 91*

6.2 Metodologia *pag. 92*

6.3 Risultati *pag. 95*

6.4 Discussione *pag. 109*

6.5 Conclusioni *pag. 115*

**7. FUNZIONAMENTO FAMILIARE E SUE RELAZIONI CON
BENESSERE PSICOLOGICO E SOFFERENZA
PSICOPATOLOGICA NELLA POPOLAZIONE GENERALE** *pag.
117*

7.1 Introduzione *pag. 117*

7.2 Obiettivi *pag. 120*

7.3 Metodologia *pag. 120*

7.4 Risultati *pag. 124*

7.5 Discussione *pag. 130*

7.6 Conclusioni *pag. 135*

**8. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN INTERVENTO SULLA
FAMIGLIA (PCSTF) PER CONTRASTARE LA PERDITA DI
EFFICACIA DEL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO A
LUNGO TERMINE DELLA DEPRESSIONE RICORRENTE: UNO
STUDIO PILOTA** *pag. 137*

8.1 Obiettivi *pag. 137*

8.2 Metodologia *pag. 138*

8.3 Risultati *pag. 144*

8.4 Discussione *pag. 148*

8.5 Conclusioni *pag. 157*

Bibliografia *pag. 159*

Riassunto

Il presente lavoro comincia con una descrizione dettagliata del “*McMaster Model of Family Functioning*” (MMFF), modello che al suo interno integra una teoria multidimensionale sul funzionamento familiare, diversi strumenti di auto ed etero valutazione e chiare indicazioni terapeutiche racchiuse all’interno della “*Problem Centered System Therapy of the Family*” (PCSTF). Grazie alla sua completezza il Modello fornisce ai clinici metodi coerenti, pratici ed empiricamente validi per valutare e trattare le famiglie, essi inoltre, sono stati formulati in modo da essere adattabili a differenti setting clinici e di ricerca, applicabili ad un’ampia gamma di problematiche e verificabili empiricamente.

Obiettivo finale della presente ricerca è stato quello di porre le basi per l’esportazione del MMFF in Italia e poter quindi procedere alla sua applicazione in ambito clinico.

La ricerca è cominciata alla Brown University con la traduzione dall’inglese all’italiano del Family Assessment Device (FAD), uno degli strumenti di autovalutazione compresi nel MMFF, ed è in seguito continuata con la validazione del suddetto strumento in un campione di 317 soggetti appartenenti alla popolazione generale italiana. Il FAD si è dimostrato uno strumento valido ed affidabile, in grado quindi di fornire valutazioni stabili e coerenti anche nella sua versione italiana.

Il passo successivo è stato caratterizzato dalla somministrazione di FAD, Symptom Questionnaire (SQ) e delle Psychological Well-Being scales (PWB) a 289 soggetti reclutati nella popolazione generale. In accordo con il modello biosociale che vede l’ambiente familiare come il più immediato gruppo di influenza psicosociale dello stato di benessere o malessere dell’individuo, i nostri dati confermano una stretta relazione tra scarso funzionamento familiare, spesso espresso attraverso difficoltà di comunicazione, di problem

solving e scarso coinvolgimento affettivo e distress psicologico esperito con sintomi depressivi, ansiogeni ed ostilità. I nostri dati sottolineano inoltre come un funzionamento familiare positivo sia altamente correlato ad elevati livelli di benessere psicologico.

Obiettivo della parte finale del lavoro ed anche il più importante, è stato quello di esplorare l'efficacia della Problem Centered Systems Therapy of the Family nella gestione della perdita di efficacia degli antidepressivi nel trattamento della depressione ricorrente. 20 soggetti con diagnosi di depressione maggiore ricorrente secondo il DSM-IV sono stati randomizzati a due diverse condizioni di trattamento: 1) aumento del dosaggio dell'antidepressivo e clinical management, oppure 2) mantenimento dello stesso dosaggio di antidepressivo e PCSTF. I dati di questo studio mettono in evidenza come, nel breve termine, PCSTF e farmacoterapia sono ugualmente efficaci nel ridurre la sintomatologia depressiva. Diversamente, ad un follow-up di 12 mesi, la PCSTF si è dimostrata altamente superiore all'aumento del farmaco nel prevenire le ricadute. Nel gruppo sottoposto all'aumento del farmaco infatti ben 6 soggetti su 7 ricadono entro l'anno. Nel gruppo assegnato a terapia familiare invece solo 1 soggetto su 7 ricade. Questi risultati sono in linea con i dati della letteratura che sottolineano l'elevata probabilità di una seconda ricaduta dopo l'aumento dell'antidepressivo all'interno di una farmacoterapia di mantenimento e suggeriscono l'efficacia dell'utilizzo di strategie psicoterapiche nella prevenzione della ricaduta in pazienti con depressione ricorrente.

PARTE PRIMA

Aspetti teorici

Capitolo 1

McMaster Model of Family Functioning

1.1 Introduzione

La terapia familiare ha acquisito progressivamente popolarità nel corso degli ultimi due decenni (Epstein NB, Bishop DS, 1973; Epstein NB, McAuley RG, 1978; Gurman AS, Kniskern DP, 1978; Gurman AS, Kniskern DP, 1981; Haley J, 1971; Olson DH, 1970). La sua risonanza non è limitata alla psichiatria e ad altri campi della salute mentale, ma è sempre più considerata come un importante passo verso il progresso anche nell'ambito della medicina generale (Berman EM, Lief HI, 1975; Bishop DS, Epstein NB, Baldwin LM, 1980; Comley A, 1973; Epstein NB, McAuley RG, 1978; McClelland CQ,

Staples WI, Weisberg I, Bergin ME, 1973; McFarlane AH, O'Connell B, Hay J, 1971; Patriache ME, 1974; Stanford BJ, 1972).

Se da un lato esiste un'ampia e documentata varietà di modelli teorici cui riferirsi per la comprensione delle famiglie, il che sottolinea l'importanza del lavoro in ambito familiare, dall'altro, non esiste un modello di riferimento coerente che integri al suo interno teoria, valutazione e trattamento. Spesso molti terapeuti che lavorano con le famiglie sono costretti ad attingere idee da diversi background teorici, usare strumenti di valutazione che non corrispondono ai costrutti teorici utilizzati per concettualizzare il caso ed infine raramente le terapie seguono manuali standardizzati (Epstein NB, Bishop DS, 1973; Liddle HA, Halpin RJ, 1978). Le figure professionali che lavorano con le famiglie necessitano di un modello che, se da un lato dia fondamento alle loro intuizioni sul funzionamento familiare, dall'altro li guidi nella scelta e nell'applicazione del trattamento. In risposta a ciò Bishop, Epstein, & Levin (Bishop DS, Epstein NB, Levin S, 1978) descrivono due modelli che, combinati assieme, possono andare a costituire le basi per un approccio più organico con la famiglia.

Il "*McMaster Model of Family Functioning*" (MMFF) (Bishop DS, Epstein NB, Levin S, 1978) fornisce una cornice teorico/concettuale per la valutazione e la diagnosi del funzionamento familiare. La "*Problem Centered System Therapy of the Family*" (PCSTF) fornisce un valido ausilio operativo per la valutazione iniziale, e per il trattamento.

Il Modello McMaster sul Funzionamento Familiare è un modello completo in quanto integra una teoria multidimensionale sul funzionamento familiare, diversi strumenti di auto ed etero valutazione e chiare indicazioni terapeutiche. In quanto tale, fornisce ai clinici metodi coerenti, pratici ed empiricamente validi per valutare e trattare le famiglie: essi inoltre sono stati formulati in modo da essere facilmente insegnati, adattabili a differenti

settings, applicabili ad un'ampia gamma di problemi clinici e verificabili empiricamente.

1.2 Background storico

Bishop si è inizialmente formato come psichiatra per adulti e bambini ed in seguito ha esteso la sua formazione alla psicoanalisi. In questo periodo gli psichiatri infantili cominciano a porre in evidenza l'influsso del ruolo materno nel comportamento del bambino e, anche se in modo minore, a compiere alcune osservazioni sugli effetti di altri membri della famiglia sul così detto "paziente designato". Il lavoro con le coppie madre-bambino e l'influsso di Ackerman e Kardiner durante la formazione psicoanalitica sono gli elementi che hanno portato Bishop a comprendere che per aiutare i pazienti era necessario l'utilizzo di un approccio sistemico integrato.

Le sue prime esperienze in campo sperimentale, precisamente studi sugli effetti dovuti alla somministrazione di ormoni, lo rendono consapevole della determinante influenza che gli agenti biologici esercitano sul comportamento umano. In contemporanea Kardiner (Kardiner A, 1939; Kardiner A, Linton R, DuBois C, et al., 1945), psichiatra transculturale, dimostra l'effetto della cultura, dei valori, della religione, delle condizioni economiche e della posizione sociale sul comportamento umano. Ackerman al tempo (1951-1955) è impegnato a sviluppare le proprie idee su come condurre una psicoterapia con l'intero gruppo familiare (Ackerman NW, 1958). Sebbene non abbia ancora identificato chiare formulazioni teoriche o precise tecniche terapeutiche, egli sembra raggiungere un efficace metodo di comprensione e di trattamento dei pazienti. Egli si accorge, infatti, che disponendo contemporaneamente delle figure significative della vita del paziente all'interno della seduta terapeutica, risulta più facile far emergere le

interazioni familiari che danno un significato al comportamento sintomatico. Colpito dalle potenzialità connaturate a tale approccio, Epstein comincia a sperimentare metodi per coinvolgere i familiari dei pazienti durante le sedute, secondo diversi accoppiamenti e combinazioni. Alla fine l'approccio migliore risulta essere quello in cui tutti i membri della famiglia sono riuniti assieme per partecipare alla terapia, indipendentemente dal problema presentato. Nel corso degli anni Sessanta i modelli di riferimento teorico e la conduzione delle terapie sono sostanzialmente modellati sullo stampo psicoanalitico e solo superficialmente modificati per adattarsi a nuovi setting terapeutici (es: terapie con pazienti psicotici, bambini etc). I pattern relazionali familiari ritenuti responsabili della genesi di patologie intrapsichiche e comportamentali a carico del paziente designato, sono osservati, stimolati, ed interpretati. I concetti psicoanalitici più frequentemente utilizzati nell'interpretazione del comportamento osservato sono quelli di proiezione di ruolo, spostamento, introiezione e proiezione di parti dell'oggetto, rivalità fraterne, conflitti edipici e repressione emotiva. Successivamente, questo primo approccio orientato psicoanaliticamente si è gradualmente trasformato in uno maggiormente focalizzato sugli aspetti interazionali: si cerca di rendere manifeste le dinamiche sottostanti le interazioni familiari. L'obiettivo primario, quindi, rimane quello di far emergere i conflitti intrapsichici a carico del paziente designato, quali cause generatrici dei sintomi e del comportamento per cui il trattamento è stato intrapreso.

Verso la fine degli anni cinquanta sono state avviate diverse ricerche su famiglie reclutate nella popolazione generale, i cui risultati sono stati riportati nel libro "The Silent Majority" (Westley WA, Epstein NB, 1969), ed è solo allora, quando Bishop e Epstein si rendono conto che la famiglia come "sistema" è più influente dei conflitti intrapsichici nel determinare il comportamento di ciascun individuo, che il loro approccio comincia a cambiare in senso sistemico considerando il sistema familiare come il fattore

maggiormente coinvolto nel determinare la complessità del comportamento esaminato. Questo è stato il primo cambiamento di prospettiva che ha permesso il passaggio da un approccio puramente psicoanalitico ad uno più prettamente sistemico. “The Silent Majority”, resoconto dello studio condotto alla McGill University nei tardi anni Cinquanta, offre il primo spunto per l’evoluzione del MMFF. Tale evoluzione, che per volgere al suo completamento impiegherà più di 30 anni, è segnata da un profondo cambiamento nell’approccio terapeutico in corrispondenza dei risultati ottenuti dalle ricerche, dagli studi clinici e dall’insegnamento. “The Family Categories Schema” (Epstein B, Rakoff V, Sigal JJ, 1968) cornice concettuale emersa originariamente nel corso di uno studio, sempre alla McGill, su 110 famiglie reclutate nella popolazione generale (Westley WA, Epstein NB, 1969), costituisce le basi teoriche del MMFF così com’è ora. Successivamente, ulteriori aggiornamenti del modello vengono effettuati alla McMaster University dai tardi anni Sessanta fino a circa il termine degli anni Settanta quando, infine, il Modello McMaster sul Funzionamento Familiare viene descritto da Epstein, Bishop e Levin (Bishop DS, Epstein NB, Levin S, 1978) nella sua odierna versione. Altre modifiche al modello sono poi state apportate alla Brown University.

1.3 Presupposti Teorici

Il MMFF si è sviluppato in un periodo di oltre 30 anni. La sua continua evoluzione ha permesso di integrare utili concetti provenienti dalla letteratura e la loro validazione nel campo della clinica, della ricerca e dell’insegnamento. I problemi emersi nell’applicazione del modello sono diventati le basi per nuove riformulazioni. Il risultato è un modello pragmatico che presenta idee che hanno trovato riscontro nel lavoro pratico: ciò che

terapeuticamente funzionava è stato mantenuto, ciò che non dava risultati, non poteva essere misurato in modo affidabile e non poteva essere trasmesso attraverso l'insegnamento è stato eliminato.

Secondo il MMFF “..la famiglia è considerata come un sistema aperto formato da sistemi nei sistemi (individui, diade coniugale) e correlato ad altri sistemi (la famiglia allargata, il contesto sociale, la scuola, il lavoro, la religione, la cultura di appartenenza etc.)(Epstein NB, Bishop DS, 1973). La terapia deve essere volta al fine di promuovere il cambiamento del sistema e il comportamento del “paziente designato”. Sono inoltre rimarcati e incorporati i principi della teoria della comunicazione, del condizionamento operante, dell'approccio relazionale e della biologia. Gli assunti fondamentali della teoria sistemica che sono alla base del MMFF possono essere riassunti come segue:

1. Le parti della famiglia sono correlate fra loro
2. Una parte della famiglia non può essere compresa se isolata dal resto del sistema
3. Il funzionamento familiare non può essere pienamente compreso semplicemente analizzando separatamente le sue singole parti
4. La struttura e l'organizzazione familiari sono importanti fattori nel determinare il comportamento dei membri della famiglia
5. I pattern relazionali del sistema familiare influenzano il comportamento dei membri della famiglia.

E', inoltre, importante enfatizzare la preliminare assunzione di base da cui evolve il Modello McMaster, e cioè: “La funzione primaria delle odierne unità familiari sembra essere quella di un laboratorio per lo sviluppo e il mantenimento biologico, sociale, e psicologico dei membri della famiglia” (Epstein NB, 1958; Epstein N B, Levin S, Bishop DS, 1976). Nell'adempire a questo ruolo le famiglie hanno a che fare con una varietà di difficoltà o

compiti, che sono suddivisi dagli autori in tre gruppi: l'area dei compiti di base, l'area dei compiti di sviluppo e l'area dei compiti rischiosi.

L'area dei compiti di base include aspetti strumentali e fondamentali per la sopravvivenza di tutti gli esseri umani, ad esempio l'approvvigionamento di cibo e di denaro, la disponibilità di mezzi di trasporto, di un alloggio etc.

L'area dei compiti di sviluppo fa riferimento a quelle situazioni che si presentano come parte del naturale processo di crescita e sviluppo dell'individuo e della famiglia nel corso del tempo. A livello individuale sono incluse le problematiche tipiche delle diverse fasi del ciclo di vita concernenti l'infanzia, la fanciullezza, l'adolescenza, la maturità e la vecchiaia. A livello familiare sono incluse problematiche riguardanti la gestione di svariati eventi che coinvolgono tutta l'unità familiare quali per esempio l'inizio di un matrimonio, la prima gravidanza, l'ultimo figlio che lascia la casa, etc. (Berman EM, Lief HI, 1975; Brody EM, 1974; Hadley TR, Jacob T, Milliones J, et al., 1974).

L'area dei compiti rischiosi comprende la gestione di situazioni critiche come malattie, morte, incidenti, disoccupazione, cambio di lavoro etc. (Comley A, 1973; Hill R, 1965; Langsley DC, Kaplan DM, 1968; Minuchin S, Barcai A, 1969; Parad HJ, Caplan C, 1965; Rapoport L, 1965). Queste tre aree sono importanti in quanto, secondo l'esperienza degli autori, la richiesta di aiuto delle famiglie è spesso associata a difficoltà nell'affrontare in modo efficace problemi sorti in una di queste tre aree.

1.4 Dimensioni del funzionamento familiare

Il MMFF si basa sulla comprensione e sulla valutazione di 6 dimensioni principali di funzionamento familiare. Queste sei dimensioni non sono esaustive di tutte le aree di funzionamento di una famiglia ma sono state

selezionate in base alla loro utilità in ambito clinico. Gli autori (Epstein NB, Bishop DS, 1981) hanno quindi dato enfasi alla formulazione delle sei dimensioni dimostrate più rilevanti, quali: Risoluzione dei problemi, Comunicazione, Ruoli, Risposta Affettiva, Coinvolgimento Emotivo e Controllo Comportamentale. Nonostante queste dimensioni siano chiaramente delineate e definite da un punto di vista teorico, in ambito clinico esse possono apparire come sovrapposte e strettamente intercorrelate (Epstein NB, Bishop DS, 1981).

1. Ruoli (RL: roles)

I ruoli familiari sono definiti come *schemi comportamentali ricorrenti attraverso i quali i membri della famiglia adempiono alle diverse funzioni familiari*.

Il MMFF prevede una suddivisione in ruoli *strumentali* ed *affettivi*: i primi fanno riferimento allo svolgimento di funzioni di carattere pratico come cucinare, fare la spesa, pagare le bollette, buttare la spazzatura; i secondi riguardano invece l'assunzione di funzioni di carattere emotivo come ad esempio consolare un familiare, offrire aiuto o supporto emozionale.

I ruoli fanno riferimento allo svolgimento di "*funzioni familiari necessarie*" e "*funzioni familiari secondarie*" (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000).

Le prime includono quelle funzioni con cui la famiglia si deve misurare continuamente per essere in grado di mantenere un buon funzionamento e rappresentano le basi dei ruoli familiari necessari riguardanti le cinque aree seguenti:

- 1- Approvvigionamento delle risorse
- 2- Supporto emotivo
- 3- Gratificazione sessuale (negli adulti)
- 4- Sviluppo personale
- 5- Gestione e mantenimento del sistema familiare

I ruoli attinenti le diverse aree possono essere sia di tipo strumentale che affettivo oppure riguardare entrambi. Le funzioni familiari secondarie fanno riferimento a quelle funzioni che non sono strettamente necessarie per un efficace funzionamento familiare, ma emergono abbastanza spesso nella quotidianità di una famiglia.

Sono inoltre distinti due ulteriori aspetti inerenti ai ruoli:

- “*l’assegnazione dei ruoli*”, ossia come sono stabiliti e distribuiti i ruoli all’interno della famiglia, e
- “*la responsabilità di ruolo*”, ossia quanto i compiti assegnati vengono responsabilmente ed effettivamente portati a termine.

In generale le famiglie che presentano un buon funzionamento in questa dimensione sono caratterizzate da un adeguato svolgimento delle funzioni familiari più importanti, chiara distribuzione dei compiti ed adeguata assunzione di responsabilità nello svolgimento delle funzioni relative al ruolo.

2. Controllo Comportamentale (BC: Behavioral Control)

La dimensione del controllo comportamentale è definita come *il modo che una famiglia adotta nel gestire il comportamento dei singoli soggetti in merito a tre tipi di situazioni:*

- “*Situazioni pericolose per l’integrità fisica*”. In questo ambito è importante comprendere come le famiglie controllano e gestiscono il comportamento dei propri membri in situazioni pericolose (come ad esempio il gioco e altre attività che potrebbero includere rischi per i bambini, oppure per gli adulti, la guida in stato di ebbrezza, la cura di malattie pericolose, la gestione di tendenze suicidarie etc.).
- “*Situazioni concernenti l’espressione e la soddisfazione di bisogni psicofisici*”. In questo contesto l’obiettivo è comprendere quali regole

comportamentali sono adottate dalle famiglie per definire e controllare il modo in cui possono essere soddisfatti svariati bisogni psicofisici come mangiare, bere, dormire, l'espressione della sessualità e dell'aggressività.

- *“Situazioni che interessano il comportamento di socializzazione”*. In questo caso lo scopo è comprendere quali sono le regole di condotta accettabili che la famiglia adotta in situazioni interpersonali e sociali sia all'interno che all'esterno della famiglia.

Nel valutare lo stile di controllo comportamentale della famiglia è importante tenere in considerazione che ogni famiglia sviluppa propri standard di riferimento, principi e valori circa cosa costituisce un comportamento accettabile. E' inoltre importante comprendere il contesto culturale e socioeconomico in cui la famiglia è immersa e la fase del ciclo di vita in cui si trovano i singoli individui. In base alle regole che la famiglia si pone, si possono distinguere quattro stili di Controllo Comportamentale (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000):

- 1- *Rigido*: le regole familiari sono rigide e ed immutabili, non c'è possibilità di negoziazione o di apportare variazioni a seconda delle situazioni.
- 2- *Flessibile*: gli standard di riferimento e le regole sono ragionevoli ed è contemplata l'opportunità di negoziazione o di cambiamento di queste ultime a seconda delle circostanze.
- 3- *Indulgente*: non ci sono standard di riferimento e allo stesso tempo è concessa totale libertà di scelta comportamentale indipendentemente dal contesto.
- 4- *Caotico*: c'è un imprevedibile e casuale passaggio da uno stile di controllo comportamentale all'altro, così che i familiari non sanno a che regole attenersi o cosa aspettarsi.

In generale le famiglie che presentano un buon funzionamento in questa dimensione sono caratterizzate da un controllo comportamentale flessibile,

mentre quello caotico è generalmente considerato lo stile più problematico (Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1993).

3. Problem Solving (PS)

Questa dimensione fa riferimento *all'abilità della famiglia di superare le difficoltà in modo tale da preservare un efficace funzionamento familiare* (Epstein NB, Bishop DS, 1981; Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000).

Un problema familiare è definito come una situazione difficile in merito alla quale la famiglia ha delle difficoltà nel trovarvi soluzione e la cui presenza minaccia l'integrità e la capacità funzionale di quest'ultima. Non tutte le situazioni difficili quindi sono considerate problematiche, ma esclusivamente quelle che interferiscono con il normale funzionamento della famiglia. I primi studi di Epstein (Westley WA, Epstein NB, 1969) hanno sottolineato che sia le famiglie con un problem solving efficace che quelle con scarse capacità di risoluzione dei problemi non differiscono nella quantità e nella gamma di problemi che si trovano ad affrontare, l'unica differenza è che le prime risolvono i loro problemi, mentre le seconde tendono ad evitare di affrontarli.

Dal punto di vista teorico, i problemi sono suddivisi secondo due tipologie: strumentali ed affettivi. La categoria dei "*problemi strumentali*" fa riferimento a difficoltà che insorgono nella gestione di aspetti materiali e pratici della vita quotidiana come la gestione del denaro, la scelta del posto in cui vivere, l'approvvigionamento di cibo, di vestiario etc. Quella dei "*problemi affettivi*" riguarda invece problematiche che insorgono nella gestione delle emozioni, dei sentimenti e delle relazioni.

Gli autori sottolineano come le famiglie che hanno delle difficoltà nel risolvere problemi strumentali difficilmente riescono ad affrontare quelli affettivi, al contrario, le famiglie che hanno difficoltà nel trovare soluzione ai problemi affettivi non necessariamente presentano difficoltà nel risolvere

quelli strumentali. Gli stadi che caratterizzano un'efficace risoluzione dei problemi possono essere così riassunti:

- 1- *Identificazione del problema*
- 2- *Comunicazione del problema alle persone adeguate*
- 3- *Sviluppo di una serie di alternative per la risoluzione del problema*
- 4- *Scelta di un'alternativa*
- 5- *Messa in atto della scelta*
- 6- *Controllo per assicurarsi che l'azione sia stata compiuta*
- 7- *Valutazione dell'efficacia dell'azione prescelta nella risoluzione del problema*

In generale la famiglie che presentano un buon funzionamento in questa dimensione sono in grado di risolvere i problemi che insorgono in modo rapido ed efficace.

4. Comunicazione (CM)

Questa dimensione fa riferimento a *come vengono scambiate le informazioni all'interno di una famiglia*. Essa si differenzia in comunicazione *strumentale* ed *affettiva* (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000). Anche in questo caso come, se le famiglie che presentano evidenti difficoltà nella comunicazione affettiva, possono avere un funzionamento ottimale sul piano della comunicazione strumentale, non è necessariamente vero il contrario.

Sono inoltre considerati altri due aspetti della comunicazione: da un lato il continuum comunicazione *chiara-mascherata*, dall'altro quello comunicazione *diretta-indiretta*. Il primo continuum esprime il grado in cui il contenuto del messaggio è chiaramente definito oppure camuffato, confusivo, vago o ambiguo. Il secondo continuum riflette il grado in cui il messaggio è rivolto ai rispettivi destinatari o piuttosto tende ad essere deviato su altre persone, passando così attraverso intermediari, prima di arrivare all'interessato.

Essendo questi ultimi due aspetti della comunicazione tra loro indipendenti la loro interazione permette l'individuazione di quattro stili comunicativi: chiaro e diretto, chiaro e indiretto, mascherato e diretto, e, infine, mascherato e indiretto.

In generale le famiglie che presentano un buon funzionamento in questa dimensione sono in grado di comunicare in modo chiaro e diretto sia nell'area strumentale che affettiva.

Sebbene l'attenzione sia volta principalmente alla comunicazione verbale, risulta importante anche quella non verbale, specialmente quando quest'ultima contraddice la prima dando origine a messaggi mascherati (Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1993).

5. Risposta Affettiva (AR: Affective Responsiveness)

In questa dimensione viene preso in esame il range di risposta affettiva dei membri della famiglia attraverso l'analisi dei pattern di risposta dei singoli individui a stimoli affettivi. *La risposta affettiva è definita come l'abilità di un soggetto di rispondere ad uno stimolo dato con un'appropriata qualità e quantità emozionale.*

Per quanto riguarda la *qualità* della risposta affettiva, vengono presi in considerazione due aspetti. Il primo riguarda il grado in cui i membri familiari rispondano agli stimoli utilizzando *l'intero spettro emozionale* che spazia dalle emozioni definite di benessere (es.: gioia, felicità, amore) a quelle definite di emergenza (es.: rabbia, tristezza, depressione). Il secondo aspetto si occupa del grado in cui l'emozione vissuta sia *congruente* allo stimolo e al contesto, ossia se esiste un'effettiva corrispondenza tra stimolo e tipo di risposta affettiva ad esso associata.

L'aspetto *quantitativo* della risposta affettiva invece può essere compreso lungo un continuum che va dall'assenza o deficienza di risposta sino ad arrivare a reazione emozionale esagerata.

Viene inoltre posta una distinzione delle risposte emotive in due categorie:

- 1- “*emozioni di benessere*” quali affetto, dolcezza, tenerezza, amore, felicità, gioia etc.;
- 2- “*emozioni d'emergenza*” quali rabbia, paura, disappunto e tristezza.

In generale le famiglie che presentano un buon funzionamento in questa dimensione sono composte di individui in grado di sperimentare un ampia gamma di risposte affettive congruenti allo stimolo sia per intensità che per durata (Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1993).

6. Coinvolgimento Affettivo (AI: Affective Involvement)

La dimensione sul coinvolgimento affettivo è definita come il *grado in cui la famiglia, nel suo complesso, mostra interesse e conferisce valore alle attività e agli interessi di ogni componente*. L'attenzione è focalizzata sul grado di interesse che la famiglia dimostra, così come sul modo in cui i membri familiari si mostrano interessati e si occupano gli uni degli altri. Il coinvolgimento affettivo, non fa semplicemente riferimento alle attività che la famiglia compie assieme, ma piuttosto allo specifico ammontare del coinvolgimento fra essi (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000). E' prevista una gamma di stili che, lungo un continuum, procede dalla assenza di coinvolgimento affettivo all'eccessivo coinvolgimento (Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1993). Essi sono:

- 1- *Assenza di coinvolgimento*: i membri della famiglia non mostrano né interesse, né coinvolgimento gli uni con gli altri, sembrano semplicemente condividere lo stesso ambiente.
- 2- *Coinvolgimento distaccato*: esiste un certo interesse reciproco, ma è prevalentemente di natura mentale, intellettuale e pragmatica e perciò scarsamente emotivo.
- 3- *Coinvolgimento narcisistico*: l'investimento sugli altri è primariamente di natura egocentrica.

- 4- *Coinvolgimento empatico*: i membri della famiglia mostrano un interesse autentico gli uni per gli altri e sono interessati al bene reciproco.
- 5- *Ipercoinvolgimento*: questo stile è caratterizzato da comportamenti eccessivamente intrusivi o protettivi.
- 6- *Coinvolgimento simbiotico*: in questo caso il coinvolgimento è così intenso che i confini tra un individuo e l'altro sono praticamente inesistenti. Questo tipo di coinvolgimento è tipico di relazioni particolarmente disturbate caratterizzate dalla difficoltà di affrontare il processo di separazione.

Tenendo a mente che esiste un'ampia gamma di stili di coinvolgimento possiamo comunque affermare che in generale le famiglie che presentano un buon funzionamento in questa dimensione sono caratterizzate da un coinvolgimento di tipo empatico: lo spostamento in qualsiasi altra direzione del continuum di solito implica un livello di funzionamento familiare più problematico.

Tabella.1: Sintesi delle dimensioni ipotizzate dal Modello McMaster sul Funzionamento Familiare (Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1993).

1. RUOLI (RL)

- Ruoli: Strumentali e Affettivi
- Funzioni familiari:
 - Necessarie:
 - *Approvvigionamento delle risorse*
 - *Supporto emotivo*
 - *Gratificazione sessuale (negli adulti)*
 - *Sviluppo personale*
 - *Gestione e mantenimento del sistema familiare*
 - Secondarie
- Altri aspetti importanti:

Assegnazione del ruolo

Responsabilità di ruolo

2. CONTROLLO COMPORTAMENTALE (BC)

- Controllo Comportamentale riguardante tre situazioni:
 1. Situazioni pericolose per l'integrità fisica
 2. Situazioni concernenti l'espressione e la soddisfazione di bisogni psicofisici
 3. Situazioni concernenti le relazioni sociali all'interno e all'esterno della famiglia
- Controllo Comportamentale:
 1. *Rigido*
 2. *Flessibile*
 3. *Indulgente (Laissez-faire)*
 4. *Caotico*

3. PROBLEM SOLVING (PS)

- Problemi: Strumentali e Affettivi
- Sette fasi del processo di risoluzione dei problemi:
 1. *Identificazione del problema*
 2. *Rivolgersi ad una persona adeguata*
 3. *Sviluppo di possibili alternative di soluzione*
 4. *Scelta di un'alternativa*
 5. *Messa in atto dell'alternativa*
 6. *Controllo dell'azione*
 7. *Valutazione successo/insuccesso*

4. COMUNICAZIONE (CM)

- Comunicazione Strumentale ed Affettiva
- Continuum: - Comunicazione chiara-mascherata
- Comunicazione diretta-indiretta
- Sili comunicativi:
 1. *Comunicazione chiara e diretta*
 2. *Comunicazione chiara e indiretta*
 3. *Comunicazione mascherata e diretta*
 4. *Comunicazione mascherata e indiretta*

5. RISPOSTA AFFETTIVA (AR)

- Aspetto qualitativo e quantitativo
- Emozioni di benessere e emozioni d'emergenza

6. COINVOLGIMENTO AFFETTIVO (AI)

- Tipi di Coinvolgimento:
 1. *Assenza di coinvolgimento*
 2. *Coinvolgimento distaccato*
 3. *Coinvolgimento narcisistico*
 4. *Coinvolgimento empatico*
 5. *Ipercoinvolgimento*
 6. *Coinvolgimento simbiotico*
-

1.5 Pattern Transazionali

In aggiunta alle sei dimensioni principali sul funzionamento familiare, il MMFF identifica i così detti schemi relazionali disfunzionali: essi possono essere descritti come *pattern comportamentali messi in atto in modo rigido, invariato e ripetitivo dai diversi membri della famiglia dando così origine ad interazioni familiari sempre uguali e stereotipate. Questi pattern comportamentali diventano disfunzionali nel momento in cui smettono di essere adattivi e funzionali ad un efficace funzionamento familiare.*

Nella maggior parte dei casi, questi pattern transazionali assolvono il compito di diminuire il livello d'ansia dell'intero sistema familiare o di qualche suo sottoinsieme, con il risultato che a farne le spese è il livello globale di funzionamento. Dal momento che risulta molto difficile accertare l'esistenza di vere e proprie "cause" all'interno di un sistema complesso come la famiglia sarebbe azzardato affermare che questi pattern relazionali costituiscono invariabilmente la causa principale delle difficoltà familiari. Ad ogni modo,

questi pattern interpersonali generalmente risultano associati ad un danno a carico del sistema familiare, e una loro modificazione è solitamente necessaria per favorire il miglioramento del funzionamento familiare. Mentre certi schemi relazionali disfunzionali possono essere associati a problemi inerenti una particolare dimensione, altri possono creare difficoltà in più dimensioni. Similmente, alcuni schemi relazionali possono risultare disfunzionali per una famiglia e altamente adattivi per un'altra (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000).

Capitolo 2

Strumenti di valutazione del Modello McMaster

Uno degli assunti fondatali dell'approccio McMaster è l'enfasi attribuita ai costrutti teorici e alla loro operazionalizzazione e verifica empirica. Coerentemente a tale premessa il Modello dispone di adeguati strumenti per la misurazione empirica di tali costrutti.

2.1 FAD: Family Assessment Device

Il FAD (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983) è un questionario autovalutativo concepito per valutare le dimensioni previste dal MMFF basandosi sulle impressioni che i singoli individui hanno sul funzionamento

della loro famiglia. Il FAD è composto da sei sottoscale che valutano le medesime dimensioni del MMFF quali (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983; Epstein NB, Bishop DS, 1981): Problem Solving, Comunicazione, Ruoli, Risposta Affettiva, Coinvolgimento Affettivo e Controllo Comportamentale; così come da una settima scala sul Funzionamento Generale, che fornisce una valutazione sul livello complessivo di funzionamento familiare e sul generale stato di benessere o malessere della famiglia. Il FAD è un questionario carta e penna che può essere compilato da ciascun membro familiare con più di dodici anni. Il FAD è composto di un totale di 60 items che descrivono i vari aspetti del funzionamento familiare e ogni scala comprende un numero di items che varia da 6 a 12. Ciascun membro della famiglia attesta il grado di concordanza o di discordanza con cui ogni affermazione descrive la propria famiglia, scegliendo fra quattro possibili alternative lungo un continuum su una scala Likert a 4 punti: (1) Fortemente d'Accordo, (2) d'Accordo, (3) Disaccordo e (4) Fortemente in Disaccordo. I punteggi alle 7 scale del FAD sono calcolati sommando il punteggio ottenuto ad ogni item (che può variare da 1 a 4) e poi dividendo il totale per il numero degli item contenuti nella scala in questione. Gli item che richiamano un giudizio negativo (indicati con *N all'interno della tabella 1) sono invertiti e il punteggio totale così ottenuto varia, come per gli item positivi, da 1 a 4. Anche il punteggio relativo ad ogni scala varia da 1 (funzionamento ottimale) a 4 (funzionamento estremamente problematico). La compilazione del questionario richiede approssimativamente dai quindici ai venti minuti.

Tab. 1: Numero degli item contenuti nelle sottoscale del FAD ed alcuni esempi.

PROBLEM SOLVING

N2-

N12-

N24- Dopo aver cercato di risolvere un problema, generalmente discutiamo tra di noi per verificare se la strategia adottata si è dimostrata efficace, oppure no.

N38-

N50- In famiglia siamo in grado di fronteggiare problemi che coinvolgono i sentimenti.

N60-

COMUNICAZIONE

N3-

N18-

N29- In famiglia comunichiamo in modo diretto piuttosto che per interposta persona.

N43- Siamo sinceri gli uni con gli altri.

N59-

*N14-Non riusciamo a capire che cosa gli altri della famiglia provano in base a ciò che dicono.

*N22-

*N35-

*N52-

RUOLI

N10- Ci assicuriamo che ognuno di noi si assuma le proprie responsabilità familiari.

N30-

N40- Discutiamo sulla distribuzione dei lavori di casa.

*N4- Quando un membro della famiglia chiede ad un altro di fare qualcosa, bisogna controllare che sia stato fatto.

*N8-

N15

*N23-Non abbiamo denaro sufficiente per pagare le bollette.

*N34-

*N45-

*N53-

*N58-.

RISPOSTA AFFETTIVA

N49- In famiglia esprimiamo tenerezza.

N57- In famiglia riusciamo piangere apertamente.

*N9-

*N19-

*N28-

*N39-La tenerezza occupa un posto di secondaria importanza nella nostra famiglia.

COINVOLGIMENTO AFFETTIVO

N5- Se qualcuno della famiglia ha dei problemi, gli altri si sentono troppo coinvolti.

N13-

*N25-

*N33-Veniamo coinvolti l'uno con l'altro solo se qualche cosa ci interessa personalmente.

- *N37-
 - *N42-
 - *N54- Anche se a fin di bene, siamo troppo invadenti l'uno nella vita dell'altro.
-

CONTROLLO COMPORTAMENTALE

- N20- Sappiamo cosa fare in situazioni di emergenza.
 - N32- In famiglia abbiamo regole per quanto riguarda l'uso degli schiaffi come mezzo di controllo sul comportamento altrui.
 - N55-
 - *N7-
 - *N17-
 - *N27-
 - *N44- In famiglia non abbiamo nessun tipo di regole o standard di riferimento.
 - *N47-
 - *N48- All'interno della nostra famiglia tutto è permesso.
-

FUNZIONAMENTO GENERALE

- N6- Nei momenti di crisi possiamo contare sull'aiuto reciproco.
 - N16-
 - N26- Sappiamo esprimere i nostri sentimenti l'uno con l'altro.
 - N36-
 - N46-
 - N56-
 - *N1- E' difficile programmare le cose da fare in famiglia perché non ci capiamo fra di noi.
 - *N11-
 - *N21-
 - *N31- In famiglia c'è una brutta atmosfera emotiva.
 - *N41-
 - *N51-
-

N = Item positivi, *N = Item negativi

2.1.1 Studi di validazione del FAD

Costruzione del FAD

Una strategia comune nello sviluppare un questionario è quella di generare una vasta gamma di item in modo da aumentare la probabilità che questi ultimi ricoprano adeguatamente tutti gli aspetti del dominio che si vuole misurare. Tali item sono in seguito presentati ad un ampio numero di soggetti

ed in base ai pattern di risposta ottenuti vengono identificati un insieme di fattori o di scale principali.

Nel delineare la struttura del FAD, gli autori hanno preso come riferimento il MMFF cercando di assicurare un'adeguata copertura delle aree di funzionamento familiare ritenute importanti dal modello. Per permettere una maggior interpretabilità dei risultati ottenuti attraverso il questionario e per assicurarsi una maggiore utilità clinica gli autori hanno deciso che le scale del questionario dovevano riflettere le 6 dimensioni di funzionamento familiare previste dal MMFF. Il numero totale degli item di partenza era di 240, 40 per ognuna delle sei dimensioni del Modello. Questi item sono stati testati su una popolazione di 503 individui reclutati tra studenti, pazienti psichiatrici, e soggetti in riabilitazione cardiaca. I criteri di inclusione degli item nella versione odierna del FAD, rispetto ai 240 di partenza, si sono basati sulla selezione di quegli item che, per ogni scala, presentavano il maggior grado possibile di intercorrelazione fra loro e conferivano così alla scala la massima consistenza interna. Inoltre, gli item appartenenti ad una determinata scala dovevano presentare il massimo grado di correlazione con la scala di cui facevano parte, e correlazioni inferiori con le altre cinque scale e con la scala di Funzionamento Generale; dovevano quindi dimostrare una certa indipendenza. Utilizzando il criterio standard α di Chronbach uguale o superiore a 0,70 per l'affidabilità di uno strumento di ricerca (Nunnally J, 1978), la selezione degli item relativi a ciascuna scala terminava nel momento in cui l'affidabilità della scala risultava maggiore di 0,70 e quando l'aggiunta di un ulteriore item non avrebbe portato ad un aumento dell'affidabilità oppure questa aggiunta avrebbe portato ad un aumento della correlazione tra le scale. La scala sul Funzionamento Generale, che valuta il livello complessivo di benessere/patologia della famiglia, è stata creata utilizzando le affermazioni che presentano il massimo grado di correlazione con il punteggio alle altre sei scale ed è così composta di un'insieme di 12 affermazioni, originariamente

provenienti dalle sei differenti scale, ma in seguito rimosse da esse ed isolate nella scala sul Funzionamento Generale.

In un primo momento il FAD era composto da 53 item (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983), in seguito il numero di item è stato innalzato a 60. Nonostante ciò è storicamente noto (Kabacoff RI, 1990) che la versione del FAD pubblicata e consegnata ai soggetti sperimentali, abbia sempre contenuto 60 affermazioni, sette delle quali definite, però, come sperimentali e non sottoposte a scoring. Sebbene i soggetti abbiano sempre risposto a 60 affermazioni, i primi studi psicometrici sul FAD (Epstein N B, Baldwin LM, Bishop DS, 1983; Miller IW, Epstein NB, Bishop DS et al., 1985) hanno fatto riferimento alle sole 53 affermazioni estratte.

Più di recente il Gruppo di Ricerca Butler/Brown (Kabakoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990; Miller IW, Epstein NB, Bishop DS et al., 1985) ha condotto una serie di studi sulle proprietà psicometriche del FAD che hanno permesso di raccogliere informazioni sulla validità ed attendibilità del FAD. Di seguito sono illustrate le principali conclusioni ottenute da questi studi.

Desiderabilità sociale

Le relazioni tra il FAD e la desiderabilità sociale è stata valutata attraverso la somministrazione del FAD e della Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne DP, Marlowe D, 1964) ad un campione di 164 soggetti (72 famiglie) reclutati nella popolazione generale. Le correlazioni tra i due strumenti sono risultate uniformemente basse e variavano da un massimo di -0,19 (Coinvolgimento Affettivo) ad un minimo di -0,06 (Controllo Comportamentale). Per le altre scale le correlazioni sono state di: -0,13 per Problem solving e Comunicazione, -0,15 per Ruoli, -0,11 per Risposta Affettiva, e -0,14 per il Funzionamento Generale. Questi dati rilevano come la desiderabilità sociale non sembra esercitare una grossa influenza sui punteggi ottenuti al FAD.

Coerenza Interna

Lo studio portato avanti da Epstein, Baldwin e Bishop (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983) nella versione a 53 item, è stato condotto su 503 soggetti reclutati in ambito clinico (psichiatria e riabilitazione cardiaca) e all'interno della popolazione generale. Utilizzando il criterio standard alpha di Cronbach = 0,70 come riferimento, le scale del FAD, nella versione che considera le sole 53 affermazioni, presentano da un'adeguata ad un'eccellente consistenza interna, con valori di alfa che variano da 0,72 (Ruoli e Controllo Comportamentale) a 0,92 (Funzionamento Generale). Le altre scale presentano un alpha pari a 0,74 per la Risoluzione dei Problemi, 0,75 per la Comunicazione, 0,83 per la Risposta Affettiva e 0,78 per il Coinvolgimento Emotivo (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983). Sfortunatamente queste scale (escludendo la scala di GF per cui un'elevata correlazione è auspicabile) presentavano un elevato livello di correlazione tra loro, che variava da un massimo di 0,67 a un minimo di 0,37, dimostrando così scarsa indipendenza. Sebbene quest'intercorrelazione tra le scale sia in contrasto con la tradizionale pratica psicometrica che richiederebbe l'indipendenza fra le diverse scale di uno strumento (se le sottoscale di un test sono tra loro altamente correlate ciò indicherebbe che ognuna di quelle scale sarebbe in grado di darci le stesse informazioni, e quindi risulterebbero ridondanti), d'altra parte, non c'è motivo di pensare che differenti aspetti del funzionamento familiare debbano essere totalmente indipendenti fra loro. Infatti, problemi in un'area del funzionamento familiare possono riflettersi in un'altra. In quest'ottica, la totale indipendenza delle scale sembra porsi come una richiesta illogica cui far aderire uno strumento di valutazione della famiglia.

Sono stati in seguito condotti altri studi utilizzando la versione del FAD a 60 item sempre su famiglie di soggetti sani e su famiglie di pazienti affetti sia da disturbi psichiatrici che medici (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990). Alla versione a 53 item, per arrivare all'attuale versione a 60 item, sono stati aggiunti un item alla scala di Problem Solving e tre a quella sulla

Comunicazione e sui Ruoli (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990). Anche per questa versione del FAD l'affidabilità si è dimostrata massima per la scala di Funzionamento Generale (0,83; 0,84; 0,86) e di Problem Solving (0,74; 0,80; 0,80), e minima per la scala sui Ruoli (0,57; 0,69; 0,69) (i valori tra parentesi si riferiscono rispettivamente alla popolazione non clinica, psichiatrica e medica). Come gli autori si aspettavano, non solo i risultati e le nuove deviazioni standard sono comparabili ai dati precedenti, ma gli item aggiunti alle rispettive scale ne hanno accresciuto l'affidabilità (vedi tabella 2).

Tab. 2: Confronto coefficienti di attendibilità (alfa di Cronbach), suddiviso per tipologia di popolazione, tra la versione del FAD a 60 e 53 items. Modificata da Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI, 1990.

Scale FAD	FAD Alfa di Cronbach		
	Pop. generale N=627	Psichiatria N=1138	Medicina N=298
PS	0,74(0,72)	0,80(0,77)	0,80(0,78)
CM	0,70(0,56)	0,70(0,58)	0,76(0,67)
RL	0,57(0,46)	0,69(0,60)	0,69(0,64)
AR	0,73	0,73	0,75
AI	0,76	0,78	0,70
BC	0,70	0,73	0,71
GF	0,83	0,84	0,86

I numeri non tra parentesi si riferiscono alla versione a 60 item
 () i numeri tra parentesi si riferiscono alla versione a 53 item

Attendibilità test-retest

Per testare l'attendibilità test-retest del FAD gli autori hanno somministrato due volte il FAD, ad una settimana di distanza, agli stessi 45 soggetti reclutati nella popolazione generale. Al test-retest i livelli di correlazione (alpha di Cronbach) relativi a ciascuna scala sono risultati attendibili (0,66 per Problem Solving, 0,72 per Comunicazione, 0,75 per ruoli, 0,76 Risposta Affettiva, 0,67

per Coinvolgimento Affettivo, 0,73 per Controllo Comportamentale e 0,71 per il Funzionamento Generale) (Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985).

Validità di criterio: validità concorrente

Per testare la validità concorrente del FAD gli autori (Miller I W, Epstein N B, Bishop D S, et al., 1985) hanno somministrato il FAD a 45 soggetti, privi di diagnosi clinica, assieme ad altri due questionari di valutazione della famiglia ben conosciuti, il FACES II e il Family Unit Inventory (FUI). Il FACES II è una scala composta da 30 affermazioni basate sul Modello Circomplesso sul Funzionamento Familiare di Olson (Olson DH, Sprenkle D, Russell C, 1979), che è stato delineato per misurare le dimensioni dell'Adattabilità e della Coesione. Le scale relative alle due dimensioni hanno dimostrato un'elevata consistenza interna ($\text{Alpha}=0,80-0,91$) (Olson DH, McCubbin H, Barnes H, et al., 1983). Secondo il Modello di Olson, l'Adattabilità si riferisce "...all'abilità di un sistema coniugale o familiare di modificare la propria struttura portante, il ruolo delle relazioni affettive e i ruoli all'interno delle relazioni, in risposta a un incremento dello stress relativo a certe situazioni. Questa scala contempla un adattamento rigido, strutturato, flessibile e caotico". La Coesione è definita invece come "il legame emotivo che unisce i membri familiari gli uni agli altri. Questa scala prevede una coesione disimpegnata, separativizzata, connessa e confusiva". E' inoltre importante osservare che il Modello Circomplesso di Olson e la scala FACES II propongono un modello circolare di funzionamento familiare, con entrambi gli estremi di ogni dimensione data (es.: rigido-caotico) considerati come patologici, mentre i punteggi nel mezzo della scala sono considerati come sani.

Il FUI è uno strumento di valutazione composto da 80 affermazioni ideato per valutare un certo numero di dimensioni familiari. E' stato sviluppato coerentemente ai principi dell'analisi fattoriale e sono stati definiti nove fattori principali e due di secondo ordine (Van der Veen F, Howard K, Austria A,

1970; Van der Veen F, Olson R, 1981). Al fine di minimizzare la complessità e massimizzare l'affidabilità sono stati utilizzati solo i due fattori di secondo ordine. Il primo fattore, Integrazione Familiare, presuppone che i membri all'interno di una famiglia ben funzionante siano "...fidati, premurosi, leali e centrati sulla famiglia. Questi elementi hanno in comune il focus sulla qualità e sulla struttura delle relazioni interpersonali nell'unità familiare. C'è una forte enfasi sulle relazioni interne alla famiglia e sulla coesione familiare.." ciò può arrivare ad una chiusura del sistema familiare nei confronti del mondo esterno. Il secondo fattore "Coping adattivo" "concerne il modo in cui la famiglia si adatta al mondo circostante", la presenza o meno di relazioni sociali, il controllo sul proprio futuro, la capacità di sapersi gestire nei confronti del contesto esterno. Come risulta evidente da queste descrizioni, le relazioni tra FAD, FACES II e FUI non sono semplici da interpretare, e ciò è dovuto alle differenti teorie e costrutti implicati nei diversi strumenti.

Per rendere il confronto più fattibile, gli autori hanno identificato, all'interno dei tre questionari, le scale che teoricamente, ci si aspettava avrebbero manifestato una correlazione significativa fra loro (r di Pearson $> .50$) (vedi tabella 3). Nello specifico gli autori hanno ipotizzato che le scale di Problem Solving e Comunicazione del FAD correlassero significativamente con la scala di Integrazione Familiare e di Coping del FUI e con la scala sull'Adattabilità del FACES II. Le stesse scale del FAD avrebbero dovuto correlare debolmente con la scala sulla Coesione del FACES II. La scala sui Ruoli del FAD, essendo abbastanza inusuale come dimensione, avrebbe dovuto correlare solo con la scala sull'Adattabilità del FACES II. La scala sulla Risposta Affettiva del FAD sembrava presentasse aspetti comuni alla scala sull'Integrazione Familiare del FUI, che valutava anche lo spettro di risposta emozionale. Al contrario la scala sulla Coesione del FACES II, pur valutando l'area affettiva, non sembrava valutare lo stesso costrutto previsto dalla scala sulla risposta affettiva del FAD, piuttosto quello previsto sulla dimensione del Coinvolgimento Affettivo. La scala sul Controllo

Comportamentale del FAD sembrava avere dei punti di sovrapposizione con la scala sull'Adattabilità del FACES II e la scala sul Coping del FUI sembrava aderire meglio alla dimensione sull' Adattabilità della famiglia prevista dal FACES II. Infine, la scala sul Funzionamento Generale del FAD è stata utilizzata per valutare lo stato generale di patologia/salute della famiglia e così ci si aspettava presentasse alte correlazioni con entrambe la FACES II e la FUI.

I risultati ottenuti dallo studio (Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985), hanno dimostrato che le correlazioni ottenute tra FAD e FUI sono molto simili a quelle ipotizzate e hanno fornito una buona supporto empirico alla validità concorrente del FAD.

I risultati ottenuti sulle correlazioni tra FACES II e FAD non sono invece così chiari. Dal momento che il Modello Circomplesso di Olson e il FACES II postulano una relazione circolare fra le scale di Coesione ed Adattabilità e lo stato di salute/ patologia (es.: sia i punteggi alti, che quelli bassi, sono considerati come patologici), mentre il FAD prevede una relazione lineare tra stato di salute/ malattia e i punteggi ottenuti nelle scale del FAD (es. 1-4, i punteggi elevati sono patologici), una semplice analisi fra le correlazioni, non sarebbe stata sufficiente a verificare le previsioni. Così i soggetti sono stati divisi sulla base del loro punteggio al FACES II relativo ad ogni dimensione nelle quattro categorie previste da Olson. In seguito è stata effettuata un'analisi della varianza mettendo a confronto i punteggi ottenuti al FAD all'interno di questi gruppi. Contrariamente alla previsioni, i gruppi estremi risultanti nel FACES II, non mostravano un punteggio maggiormente patologico al FAD. Dopo una serie di analisi e confronti, anche tra FACES e FUI, e la realizzazione che il FACES II in realtà non opera come una scala curvilinea, un successivo studio fra FAD e FACES II ha verificato che ben 11 delle 14 correlazioni previste sono state in effetti individuate (vedi tab. 3).

In sintesi, le correlazioni ottenute tra FAD e FUI corrispondono quasi esattamente alle previsioni teoriche. Per quanto riguarda il FACES II e

partendo dal presupposto che esso ha una relazione lineare con la stato di salute, le correlazioni ottenute tra FAD e FACES II sono altamente corrispondenti alle aspettative teoriche.

Tab. 3: Correlazioni tra FAD, FUI e FACES II (Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985)

FAD	FUI		FACES II	
	Integrazione	Coping	Adattamento	Coesione
Problem solving	-0,67*	-0,39*	-0,53*	-0,46*
Comunicazione	-0,66*	-0,53*	-0,49*	-0,37*
Ruoli	-0,30*	-0,34*	-0,18	-0,11
Risposta affettiva	-0,61*	-0,39*	-0,36*	-0,38*
Coinvolgimento emotivo	-0,51*	-0,27*	-0,39*	-0,41*
Controllo comportamentale	-0,38*	-0,40*	-0,23	-0,43*
Funzionamento generale	-0,75*	-0,48*	-0,61*	-0,50*

Nota: i coefficienti negativi sono dovuti alla diversa direzionalità delle scale

Il **grassetto** indica che le correlazioni ipotizzate tra i due strumenti sono state confermate

* p<.01

Validità discriminante

Per testare la validità discriminante del FAD sono stati raccolti dati (Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al. 1985) sul confronto tra (a) i punteggi ottenuti al FAD e (b) le valutazioni effettuate da un clinico espresse in termini di funzionamento familiare sano o patologico. I soggetti di tale studio sono 36 pazienti psichiatrici e le loro famiglie e 6 pazienti affetti da Lupus Eritematoso e le loro famiglie. La valutazione clinica si è basata sulle linee guida previste dal MMFF e ha indagato le 6 dimensioni principali da esso previste. Il terapeuta ha attestato il livello complessivo di funzionamento familiare come sano o non sano relativamente ad ogni dimensione. Gli stessi soggetti hanno compilato il FAD. La percentuale di soggetti valutati dal clinico come aventi un funzionamento familiare non adattivo variava dal 51 al 73%, a seconda della specifica dimensione valutata. Per confrontare i punteggi ottenuti al FAD

e le valutazioni del clinico sono stati condotti una serie di t test. Le analisi hanno dimostrato che le famiglie valutate dai clinici come problematiche (in una data dimensione) presentano in effetti un punteggio al FAD significativamente più elevato (indicante perciò uno scarso funzionamento). Ciò risulta valido per tutte le dimensioni (p varia da .01 a .001) tranne che per il Controllo Comportamentale, che per poco non è risultata significativo ($p = .12$). Queste analisi danno supporto al fatto che i punteggi del FAD corrispondono alle valutazioni effettuate dai clinici per sei delle sette specifiche dimensioni e mettono in evidenza le capacità del FAD di discriminare tra famiglie con funzionamento sano o maladattivo.

Sensibilità, specificità e confidenza diagnostica

Una volta appurata la capacità del FAD discriminare fra famiglie con un buon funzionamento da quelle con un funzionamento deficitario, per maggiore utilità clinica e per facilitare questa distinzione sono stati inoltre stabiliti degli specifici punteggi di cut-off (Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985). Nello scegliere questi cut-off è stato preferito che essi fossero maggiormente rappresentativi delle affermazioni ritenute come patologiche rispetto a quelle non patologiche. Dal momento che le categorie di risposta al FAD variano da 1 a 4 e un indice maggiore di 2 indica che un gran numero di affermazioni sono collocate sull'estremità più patologica, da un punto di vista teorico e del contenuto un cut-off ideale sembrava un indice maggiore di 2. Da un punto di vista empirico invece è stato deciso di trovare un cut-off che massimizzasse la sensibilità (proporzione di soggetti patologici accuratamente identificati dal test) e la specificità (proporzione di soggetti sani correttamente identificati dal test) di ogni scala utilizzando le valutazioni del clinico come criterio di riferimento esterno. Come mostrato in tabella 4 i punteggi cut-off identificati hanno una buona sensibilità (57-83%) e specificità (64-79%) e mostrano

inoltre un buon livello di confidenza diagnostica (proporzione di casi correttamente identificati) in almeno 6 scale su 7.

Tab. 4: Sensibilità, specificità e confidenza diagnostica dei punteggi cut-off del FAD

Scale FAD	Punteggi Cut-off	Sensibilità	Specificità	Confidenza diagnostica
Problem solving	2,2	0,70	0,79	0,87
Comunicazione	2,2	0,83	0,73	0,89
Ruoli	2,3	0,63	0,64	0,85
Risposta affettiva	2,2	0,63	0,64	0,77
Coinvolgimento emotivo	2,1	0,81	0,60	0,68
Controllo comportamentale	1,9	0,57	0,67	0,68
Funzionamento generale	2,0	0,57	0,64	0,83

La tabella 5 mostra altre opzioni di punteggi cut-off per ricercatori che intendono utilizzare il FAD per usi più specifici come ad per effettuare uno screening o per identificare famiglie normali. In questo modo, in base alle esigenze del ricercatore, possono essere scelti diversi cut-off e diversi livelli di sensibilità e specificità.

Tab.5: Sensibilità, specificità e confidenza diagnostica di alternativi punteggi cut-off del FAD

Scale FAD	Punteggi Cut-off	Sensibilità	Specificità	Confidenza diagnostica
Problem solving	2,3	0,59	0,79	0,84
	2,1	0,85	0,57	0,79
Comunicazione	2,3	0,67	0,91	0,95
	2,1	0,90	0,55	0,84
Ruoli	2,4	0,48	1,00	1,00
	2,1	0,93	0,36	0,74
Risposta affettiva	2,4	0,59	0,86	0,89
	2,0	0,82	0,43	0,73
Coinvolgimento emotivo	2,4	0,33	0,81	0,64
	2,0	0,91	0,40	0,61
Controllo comportamentale	2,1	0,31	0,89	0,78
	1,8	0,74	0,44	0,63
Funzionamento generale	2,2	0,50	0,73	0,83
	1,8	0,87	0,45	0,81

Analisi Fattoriale

L'analisi fattoriale misura la validità divergente e convergente di uno strumento e può dunque supportare la validità di costrutto di un test. Dal momento che il FAD rispecchia la struttura teorica del Modello McMaster comprendente 6 dimensioni, (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990) gli autori hanno deciso di condurre un'analisi fattoriale confermativa. I dati utilizzati sono i dati originali degli studi psicometrici di Epstein e colleghi (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983) rianalizzati tramite analisi fattoriale.

Dal momento che la scala sul Funzionamento Generale è stata sviluppata in modo da correlare con le altre 6 scale (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983) ed è accertata come multifattoriale, le 12 affermazioni di questa scala sono state escluse dall'analisi fattoriale confermativa e considerate separatamente.

L'analisi fattoriale ha utilizzato il metodo OMG (Oblique Multiple Groups) (Gorsuch R, 1983) che, attraverso la costruzione di una matrice di profilo in cui in colonna ci sono le dimensioni previste dal MMFF e in riga i singoli item, porta all'individuazione di una serie di fattori latenti che presentano le proprietà di un'ipotetica matrice di correlazione. Questa matrice di ipotetici fattori è stata utilizzata per valutare tre parametri: a) l'invarianza del fattore o la stabilità dei fattori in differenti situazioni sperimentali; b) la struttura del fattore e c) la saturazione di ogni singolo item del FAD nella costruzione degli ipotetici fattori e la percentuale di varianza spiegata dalle ipotetiche soluzioni relative a modelli fattoriali alternativi. Per definire l'invarianza del fattore o il grado in cui la struttura del fattore rimane stabile in gruppi di pazienti psichiatrici e medici e in gruppi formati da soggetti reclutati nella popolazione generale, sono stati determinati dei coefficienti d'invarianza del fattore. I risultati dell'analisi fattoriale confermativa supportano il modello di riferimento teorico dello strumento. I coefficienti d'invarianza del fattore si mantengono infatti tra 0,95 e 0,99 indipendentemente dai gruppi e dai fattori e

indicando che il FAD presenta una struttura fattoriale costante sia nella popolazione generale che in campioni di pazienti psichiatrici e di medicina generale. Le correlazioni tra i fattori del MMFF si sono attestate tra 0,34 e 0,67 e sono comparabili alle correlazioni grezze tra le scale precedentemente identificate da Epstein e colleghi (1983). Inoltre, nonostante il FAD non sia stato costruito tramite metodiche di analisi fattoriale (Epstein NB, Baldwin LM & Bishop DS, 1983) il 92% degli item contribuisce alla costituzione dei fattori a cui in realtà appartengono.

La percentuale complessiva di varianza spiegata dalle componenti individuate è del 36,6% (risultato ottenuto dall'analisi delle sei componenti principali individuate) e, sebbene questa percentuale possa sembrare bassa, essa è paragonabile a quella di varianza spiegata ottenuta dall'analisi delle componenti principali di altri strumenti autovalutativi come il Family Concept Test (30%) (Olson DH, McCubbin H, Barnes H, et al., 1983; Van der Veen, Olson, 1981) e la Family Environment Scale (34%) (Fowler R, 1981).

Nel complesso, dunque, la struttura del FAD sembra corrispondere adeguatamente al costrutto teorico ipotizzato dal Modello McMaster. Inoltre, la scala sul Funzionamento Generale (composta da 12 item) ha presentato elevati livelli di correlazione (0,85; 0,87; e 0,88 per, rispettivamente, popolazione non clinica, psichiatrica e medica) con la prima componente principale individuata analizzando tutti gli altri items (48) del FAD. Questi dati, in combinazione a quelli forniti da Byles e colleghi (1988) supportano l'utilizzo della scala sul Funzionamento Generale come indice indipendente di funzionamento familiare complessivo. Questi dati, uniti ai precedenti risultati ottenuti dagli autori (Miller I W, Epstein N B, Bishop D S, et al., 1985), indicano il FAD come uno strumento valido ed attendibile per la valutazione di un'ampia gamma di famiglie.

In conclusione i risultati ottenuti indicano che il FAD è in grado di fornire valutazioni coerenti e stabili nel tempo (attendibilità test-retest), di

discriminare significativamente tra famiglie sane e patologiche (validità discriminante), presenta correlazioni moderate con altri questionari autovalutativi della famiglia (validità concorrente) e basse correlazioni con la desiderabilità sociale. Inoltre, sono state eseguite analisi fattoriali di conferma, che hanno dato supporto al costrutto ipotetico dello strumento stesso (Byles J, Byrne C, Boyle M, et al., 1988; Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990; Nunnally J, 1978). Nel complesso, i dati accumulati sulle caratteristiche psicometriche del FAD forniscono un valido supporto al suo continuativo ed incrementale utilizzo negli USA.

2.2 MCRS: McMaster Clinical Rating Scale

La MCRS (Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, et al., 1994) è una scala di eterovalutazione che è stata realizzata per essere compilata dal terapeuta o da un osservatore esterno dopo l'assessment. La MCRS è composta da sei scale che ricalcano le 6 dimensioni del Modello McMaster, ognuna delle quali viene valutata attraverso una scala likert a 7 punti (1-7). L'1 corrisponde ad un funzionamento familiare altamente disturbato, il 5 indica una condizione non ottimale, ma comunque sana, che non richiede necessariamente un intervento clinico ed il 7 fa riferimento ad un funzionamento familiare massimamente efficiente. Il manuale spiega accuratamente come attribuire un punteggio ad ogni dimensione: esso contiene infatti una breve descrizione di tutte le dimensioni e di seguito la descrizione delle più tipiche caratteristiche familiari (di quella dimensione) per 3 livelli di funzionamento quali: (1) severamente disturbato; (5) condizione non degna di attenzione clinica e (7) funzionamento superiore. Questa scala permette al clinico di riassumere brevemente, in un unico assessment, le informazioni cruciali raccolte durante l'intervista.

2.2.1 Studi di valutazione dell'attendibilità e della validità della MCRS

Sono stati condotti 4 studi per esaminare l'attendibilità di questa scala (Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, et al., 1994).

Attendibilità

All'interno del primo studio sono state video registrate 5 sessioni di assessment (McSIFF) condotte da un terapeuta esperto. Dei valutatori indipendenti, con diversi livelli di training sul MMFF (naive, beginners, intermedi, avanzati) hanno in seguito visionato il video e poi compilato indipendentemente la MCRS. I coefficienti di correlazione tra i punteggi assegnati ad ogni scala dai valutatori di ogni gruppo sono risultati quasi tutti tra il 0,70 e il 0,90, con solo 2 coefficienti al di sotto del 0,60 e altri due tra il 0,60 e il 0,70. Le correlazioni più scarse sono state registrate tra i valutatori con i livelli di training più bassi. Al contrario, le correlazioni tra le valutazioni effettuate dai soggetti con un training avanzato sono tutte risultate elevate (0,78-0,91). I risultati indicano quindi come la maggior parte delle scale della MCRS presentano una elevata attendibilità inter-rater. L'attendibilità inter-rater di tutte le scale della MCRS è stata replicata da un altro studio condotto sulla popolazione generale e da ricercatori non esperti nel MMFF (Maziade M, Bernier H, Thivierge J, et al., 1987)

In un secondo studio diversi soggetti sono stati sottoposti ad un training avente lo scopo di spiegare loro come utilizzare la MCRS e le basi clinico-teoriche del MMFF. Dopo aver terminato questo addestramento è stato chiesto loro di: a) utilizzare la MCRS per valutare il funzionamento familiare di 31 famiglie (quindi un campione più numeroso rispetto al primo studio) e b) dichiarare se l'intervista forniva abbastanza dettagli per valutare adeguatamente le 7 dimensioni del MMFF. I risultati mettono in evidenza che, per le dimensioni

(PS, CM, RL, BC, GF) per le quali i valutatori avevano dichiarato di aver sufficienti informazioni per poter effettuare un assessment affidabile i coefficienti di correlazione tra le loro valutazioni erano elevati (0,81-0,91). Al contrario quando i valutatori pensavano di non aver abbastanza informazione per fare una valutazione adeguata i livelli di correlazione tra i loro assessment si abbassavano notevolmente.

Validità concorrente

Altri studi hanno cercato di esaminare la validità concorrente della MCRS somministrando contemporaneamente a 93 pazienti depressi ricoverati in ospedale, 41 soggetti con diverse diagnosi psichiatriche e 28 bambini ricoverati in un day hospital la MCRC e il FAD. I punteggi ottenuti alla MCRS e al FAD correlano significativamente in tutte le scale e in tutte e tre le diverse popolazioni, con correlazioni che variano da 0,40 a 0,60. Solo la scala sul Controllo Comportamentale nei pazienti depressi e quella di Risposta Emotiva nei pazienti psichiatrici non raggiungono la significatività. Rispetto ai risultati riportati da studi precedenti che avevano evidenziato una mancanza di correlazione tra gli strumenti di etero e di autovalutazione, le modeste ma significative correlazioni ottenute in questo studio sono sicuramente incoraggianti. I dati evidenziano inoltre come la visione che i membri della famiglia hanno del loro stesso funzionamento familiare è leggermente diversa (generalmente meno patologica) rispetto a quella del clinico/valutatore. Questo dato non sorprende, anzi, è spesso alla base dell'esigenza sia in ambito clinico che di ricerca di unire in fase di assessment strumenti di auto e di eterovalutazione

Validità discriminante

Per valutare la capacità della MCRS di discriminare tra famiglie che ci si aspettava differissero per funzionamento familiare, nel quarto studio sono

stati confrontati i punteggi ottenuti alla MCRS da 25 pazienti depressi durante la fase acuta e in seguito durante la fase di remissione. Questa scelta si è basata sulla premessa posta attraverso studi precedenti (Keitner GI., Miller IW, Epstein NB, et al., 1986; Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, et al., 1987) che avevano sottolineato come il funzionamento familiare di soggetti depressi tenda a migliorare dopo la remissione della fase acuta. Come ipotizzato i punteggi ottenuti alla MCRS durante la fase acuta erano significativamente più elevati ($p < 0.05$) rispetto a quelli della fase di remissione.

Validità predittiva

In un primo studio Maziade e colleghi (1985) hanno valutato diverse variabili, includendo la scala sul Controllo Comportamentale della MCRS, all'interno di un campione di bambini di 7 anni. I risultati ad un follow-up di 5 anni indicano che i bambini di famiglie che riportavano punteggi disfunzionali alla scala sul Controllo Comportamentale presentavano livelli significativamente più alti di disturbi clinici e che questi ultimi, una volta che i soggetti avevano raggiunto l'età di 16 anni, si erano trasformati in disturbi psichiatrici conclamati (Maziade M, Caron C, Cote R, et al 1990). Un altro studio condotto dagli stessi autori (Maziade M, Boutin P, Cote R, 1987) ha sottolineato un'interessante interazione tra i punteggi alla MCRS e le capacità intellettive in bambini con difficoltà comportamentali di circa 4 anni. I risultati indicano che la media del quoziente intellettivo di bambini appartenenti a famiglie con livelli di comunicazione più sani era significativamente più elevata rispetto alla media riportata da bambini appartenenti a famiglie con scarse capacità comunicative. Questi studi, nonostante abbiano utilizzato solo due delle scale della MCRS, mettono in evidenza l'utilità di quest'ultima nel predire il funzionamento a lungo termine di questi bambini.

In conclusione i dati raccolti sottolineano come la MCRS presenti una buona attendibilità inter-rater, ed una buona validità concorrente, predittiva e discriminante.

2.3 McSiff: McMaster Structured Interview of Family Functioning

La McSiff (Bishop DS, Epstein NB, Baldwin L M, 1980) è un' intervista strutturata della famiglia in forma cartacea. Lo scopo di questa intervista è quello di permettere una completa esplorazione di tutte le aree di funzionamento familiare e di agevolare la valutazione della famiglia.

L'intervista si articola come segue:

- 1- Orientamento. Ai familiari viene chiesto che cosa si aspettano dai colloqui, che cosa sperano di ottenere dalla terapia e in generale quali siano le loro aspettative. Il terapeuta dopo aver ascoltato il punto di vista dei membri della famiglia riformula le loro aspettative e li mette al corrente di quali sono gli obiettivi della terapia e attraverso quali fasi questa si svolgerà.
- 2- Raccolta dei dati. In questa fase i dati sono raccolti in base a:
 - *Problemi attuali.* Sono i problemi che la famiglia riporta in seduta, di solito rappresentano il motivo per cui la famiglia ha deciso di cercare aiuto. Da qui il terapeuta stila una prima lista di difficoltà familiari.
 - *Funzionamento familiare complessivo.* Viene effettuata una valutazione della famiglia che, basandosi sull'approccio postulato dal Modello McMaster, indaga le sei dimensioni di funzionamento familiare principali. Questo tipo di valutazione ha lo scopo di ottenere dettagli sui punti di forza e di debolezza

della famiglia rispetto a ciascuna dimensione ed identificare problematiche non precedentemente espresse direttamente dalla famiglia. Quest'analisi maggiormente dettagliata permette di stilare una seconda e più dettagliata lista di problematiche attuali.

- *Ulteriori chiarimenti.* Vengono raccolte ulteriori informazioni sulla famiglia quali possibili esami psichiatrici, medici, informazioni sulla crescita dei bambini, etc.
- *Altri Problemi.* Verifica l'esistenza di altri possibili problematiche specifiche non ancora emerse.

3- Descrizione del problema. In questa sottofase lo scopo è redigere una lista definitiva e completa dei problemi identificati e ottenere una loro descrizione dettagliata.

4- Chiarificazione del problema. L'obiettivo è ottenere un parziale o completo accordo circa la considerazione delle problematiche individuate come veramente fonti di difficoltà per l'intera famiglia.

FAD, MCRS e McSiff sono strumenti complementari e risultano idonei ad una completa valutazione del funzionamento familiare coerentemente al MMFF.

2.4 Applicazioni cliniche e di ricerca di FAD, MCRS e McSiff

I principi teorici e gli strumenti di valutazione che fanno parte dell'approccio McMaster, sono stati ampiamente presi come punto di riferimento in diversi contesti sperimentali. La maggior parte di questi studi ha utilizzato il FAD come principale strumento di misurazione del funzionamento familiare. Studi più recenti, hanno utilizzato anche la McSiff e la MCRS come parti integranti delle batterie di valutazione iniziale. La maggior parte degli studi che hanno

attento all'approccio McMaster si sono focalizzati sulla *popolazione psichiatrica adulta*, in particolare sui pazienti affetti da disturbi dell'umore. Altre significative attività di ricerca si sono focalizzate su: *disturbi cronici di ordine medico* ed *problematiche dell'età evolutiva*.

Tab. 6: Principali conclusioni ottenute dalle ricerche condotte utilizzando il MMFF (Ryan EC, Epstein BN, Keitner GI, Miller IW, Bishop DS, 2005)

Primi studi (Westley WA, Epstein NB, 1969).

1. Fattori sistemici del sistema familiare – come ad esempio variabili strutturali, organizzative e transazionali – sono forti determinanti nello sviluppo psicosociale dei membri della famiglia.
2. Non necessariamente una famiglia malfunzionante deve contenere al suo interno uno o più membri con una psicopatologia psichiatrica rilevante (la famiglia può presentare problemi anche nel caso in cui tutti i suoi membri siano privi di problemi psichiatrici).
3. Vice versa, il fatto che un membro della famiglia abbia una malattia psichiatrica non significa necessariamente che quella famiglia presenti un scarso funzionamento a livello familiare.

Studi longitudinali naturalistici

Pazienti psichiatrici adulti

4. Le famiglie con un membro affetto da malattia psichiatrica generalmente, ma non necessariamente, riportano uno scarso funzionamento familiare, soprattutto nella fase acuta del disturbo.
5. Il funzionamento familiare influisce sul corso della malattia, sulla lunghezza dell'episodio di malattia, sulla processo di remissione e sul livello di suicidalità.

6. Non è stata identificata nessuna dimensione o insieme di dimensioni di funzionamento familiare che sia in grado predire un buon o cattivo funzionamento oppure l'esito di malattia.
7. Uno scarso funzionamento familiare si può manifestare in qualsiasi dimensione. Fino ad ora non è stato trovato, in nessuna patologia, alcun prototipo di famiglia che possa essere rappresentativo di una scarso funzionamento.

Popolazione medica generale

8. Le famiglie con un membro affetto da malattia medica generalmente riportano un funzionamento meno problematico rispetto alle famiglie di pazienti psichiatrici ma più difficoltoso rispetto ai soggetti reclutati nella popolazione generale senza nessuna patologia medica o psichiatrica.
 9. Il funzionamento familiare è dinamico, può variare nel tempo in base: allo stadio di sviluppo della famiglia, ai cambiamenti di ruolo e di composizione del nucleo familiare.
-

Primi studi

I primi lavori di ricerca più consistenti cominciarono nel 1955 raccogliendo un'innumerabile quantità di dati fenomenologici che permisero di studiare le famiglie in setting non clinici. Il resoconto finale di questi studi è stato pubblicato nel 1969 nel volume intitolato "The silent minority" (Westley WA, Epstein NB, 1969). Questi dati ed il lavoro clinico e terapeutico con le famiglie hanno permesso di giungere alle conclusioni riportate nella precedente tabella ai punti 1-3.

Studi longitudinali naturalistici

- Pazienti psichiatrici adulti

Oltre venti studi si sono ispirati al MMFF e hanno utilizzato gli strumenti di valutazione da esso previsti per studiare il funzionamento delle famiglie di pazienti psichiatrici. La maggior parte di questi studi ha preso in considerazione le famiglie di pazienti affetti da *Depressione Maggiore*.

I risultati di questi studi hanno indicato che:

- a) le famiglie di pazienti depressi presentano elevati livelli di malfunzionamento durante l'episodio depressivo acuto (Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, et al., 1986; Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, et al., 1987). Alcuni studi suggeriscono inoltre che il livello di disfunzionalità familiare è più accentuato nel gruppo di pazienti depressi che in qualsiasi altro gruppo diagnostico (Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, et al., 1986);
- b) elevati livelli di malfunzionamento familiare sono correlati ad un incremento del rischio di suicidio (Keitner G I, Miller I W, Fruzzetti A E, et al., 1987; Keitner GI, Ryan C, Miller IW, et al., 1990;);
- c) le problematiche concernenti il funzionamento familiare, sebbene migliorino, tendono a permanere anche dopo la remissione dell'episodio depressivo acuto (Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1991; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al. 1992; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1995);
- d) il malfunzionamento familiare è associato ad una prognosi peggiore, ad una maggiore probabilità di ricaduta e a tempi più lunghi per entrare in remissione (Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1991; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1992; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1995)

Altri studi hanno utilizzato il FAD per valutare il funzionamento familiare di soggetti con: *condizioni diagnostiche multiple* (Friedmann MS, McDermut

WH, Solomon DA, et al., 1997; Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, et al., 1986), *abuso di sostanze* (Liepeman MR, Nirenberg TD, Doolittle et al., 1989) *disturbi dell' alimentazione* (North C, Gowers S, Byram V, 1997; Waller G, Slade P, Calain R, 1990) e *disturbo ossessivo-compulsivo* (Livingston B., Rasmussen SA, Einsen J, et al., 1988)

- **Pazienti adulti di medicina generale**

Un certo numero di studi ha attinto al MMFF e utilizzato il FAD nello studio delle famiglie di pazienti affetti da patologie mediche. Il FAD si è rivelato in grado di predire il futuro adattamento dei pazienti ad una serie di *malattie croniche* (Arpin K, Fitch M, Browne GB, et al., 1990; Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, et al., 1987). Altri studi si sono focalizzati su disturbi più specifici, quali *infarto* (Evans RL, Bishop DS & Halar E, 1987; Evans RL, Halar EM & Bishop DS, 1986; Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, et al., 1988), *trauma cranico* (Bishop DS, Miller IW, 1988; Kreutzer J, Gervasio A, Camplair P, 1994; Zarski JJ, DePompei R, Zook II, 1988); *lupus* (Bishop D, Andreoli N, Marlowe S, et al., 1987) e *dolore cronico* (Roy R, 1990).

Gli studi condotti su pazienti infartuati (Akister J, Stevenson-Hinde J, 1991; Evans RL, Halar EM, Bishop DS, 1986) sono particolarmente illustrativi e hanno dimostrato che il livello di funzionamento familiare è in grado di fungere da predittore: a) dell'aderenza al trattamento che segue l'infarto, b) dell'adozione di condotte di mantenimento del proprio benessere e della propria salute, c) dei livelli di ri-acquisizione della funzionalità del soggetto più di quanto li predicano variabili mediche, e d) della frequenza di accesso ai servizi medici e assistenziali.

Età evolutiva

Numerosi studi si sono ispirati al MMFF e ne hanno utilizzato gli strumenti di valutazione per studiare il funzionamento delle famiglie in relazione allo

sviluppo del bambino. Questi studi si sono basati su un'ampia gamma di situazioni e popolazioni. Joffe e colleghi (Joffe RT, Offord DR, Boyle MH, 1988), in un vasto studio epidemiologico sui bambini, hanno utilizzato la scala del FAD sul Funzionamento Generale e hanno trovato che essa è in grado di predire lo sviluppo di successivi disturbi della condotta e la presenza di tendenze suicidarie.

Numerosi studi presentano dati che indicano come il FAD sia in grado di identificare le famiglie caratterizzate da un cattivo funzionamento generale e i bambini all'interno di esse che potrebbero sviluppare problemi di adattamento (Akister J, Stevenson-Hinde J, 1991; Saayman GS, Saayman RV, 1988/89; Sawyer MO, Saffis A, Baghurst PA, et al., 1988). Maziade e colleghi (Maziade M, Caperaa P, Laplante B, et al., 1985; Maziade M, Boutin P, Cote R, 1987) trovano che le scale sul Controllo Comportamentale e la Comunicazione della MCRS sono in grado di predire lo sviluppo di *disturbi psichiatrici* ad un follow-up di 7 anni. Max e colleghi (Max JE, Castillo CS, Robin DA, et al., 1997), in uno studio su *bambini affetti da trauma cerebrale*, usano FAD, McSIFF e MCRS per valutare il funzionamento familiare. Le variabili sul funzionamento familiare risultano predire il successivo sviluppo di disturbi psichiatrici a carico dei bambini stessi. Un altro studio utilizza McSiff, MCRS e FAD per valutare il funzionamento familiare in bambini le cui madri risultano *depresses, ansiose o non affette da patologia psichiatrica*. I risultati dimostrano che gli strumenti di valutazione del MMFF correlano positivamente con altre misure di valutazione come ad esempio le osservazioni effettuate sia in laboratorio che in casa e che, effettivamente, il generale livello di funzionamento familiare è correlato al grado di patologia presentato dalla madre. Altri studi hanno utilizzato il FAD nella valutazione di bambini con problemi psichiatrici (McKay JR, Murphy RT, Rivinus TR, et al., 1991), con *ADHD* (Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS, 1988) e bambini

appena dimessi dalle cliniche psichiatriche(Goodyer I, Nicol A R, Eavis D, et al., 1982).

In generale questi dati mettono in evidenza come gli strumenti del MMFF, sia quelli autovalutativi (FAD) che quelli eterovalutativi (MCRS, McSiff), sono validi, attendibili ed utilizzabili in ambito psichiatrico e medico, in ambito clinico e di ricerca, con la popolazione adulta e con i bambini.

Capitolo 3

Terapia familiare del Modello McMaster: la Problem Centered Systems Therapy of the Family (PCSTF)

La Problem Centred Systems Therapy of the Family -PCSTF- (Terapia Sistemica della Famiglia Centrata sul Problema) è stata formulata da Epstein & Bishop (Epstein NB, Bishop DS, 1981; Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, et al., 1990) e descritta dettagliatamente in un manuale per il trattamento.

La PCSTF costituisce una forma di trattamento multidimensionale ad orientamento sistematico che fa uso di tecniche cognitivo-comportamentali. La PCSFT è una psicoterapia a breve termine che è stata intenzionalmente progettata con un buon rapporto costi/benefici.

3.1 Presupposti di base

La PCSFT si basa su dieci principi fondamentali:

- 1- Porre enfasi sui “*Macro-stages*” del trattamento.
Il termine macrostages è utilizzato per indicare le macro aree del percorso terapeutico quali la valutazione, il contratto, il trattamento e la chiusura.
- 2- Stabilire una *relazione collaborativa* tra terapeuta e membri della famiglia.
Questo approccio enfatizza la collaborazione attiva di tutti i partecipanti (terapeuta incluso) per tutta la durata della terapia. I membri della famiglia sono informati su quanto accade in ogni fase del trattamento e devono mostrare il loro accordo sul lavoro che si intende svolgere.
- 3- Impostare una *comunicazione aperta e diretta* con la famiglia.
Il terapeuta è chiaro ed esplicito con i familiari: spiega ciò che sta facendo e ciò che ha intenzione di fare, comunica in modo diretto e si assicura di essere stato compreso dalla famiglia. Non viene utilizzata la tecnica del paradosso.
- 4- *La famiglia è responsabile del proprio cambiamento.*
E' la famiglia, seppure con l'aiuto del terapeuta che assume il ruolo del facilitatore, che accetta la responsabilità del proprio cambiamento. I membri sono direttamente e chiaramente coinvolti nell'identificazione, nella chiarificazione e nella risoluzione dei propri problemi.
- 5- Porre enfasi sui *problemi inerenti il presente.*
L'attenzione è volta al presente, non al passato, agli atteggiamenti comportamentali manifesti e non a quelli latenti.

- 6- Focus sul *cambiamento di comportamenti osservabili*. Qualsiasi cambiamento desiderato di atteggiamenti o convinzioni viene sempre tradotto e operazionalizzato in cambiamenti comportamentali osservabili.
- 7- Importanza attribuita alla *valutazione iniziale*.
- 8- Enfasi attribuita ai *punti di forza* della famiglia.
- 9- Partecipazione dell'*intera famiglia* (quando possibile).
- 10- *Natura limitata nel tempo*.

La durata della terapia è in genere di 6-12 sedute. Oltre ad ottimizzare il rapporto qualità-prezzo, il limite temporale stimola una partecipazione più attiva sia del terapeuta che della famiglia e rinforza la fiducia sui punti di forza della famiglia.

3.2 Fasi del trattamento (macrostages)

La PCSFT è composta da quattro fasi principali:

- I- Valutazione iniziale.
- II- Contratto.
- III- Trattamento.
- IV- Chiusura.

Ogni stage comprende un insieme di specifici obiettivi ed è articolato in una serie di sotto-stages, il primo dei quali è sempre l'orientamento, fase introduttiva in cui viene spiegato il lavoro che si andrà a svolgere in ciascuna fase (vedi tabella 2).

Tabella 1: Fasi della Problem Centered Systems Therapy of the Family (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, & Epstein NB, 2000).

I- Valutazione Iniziale

1. Orientamento
2. Raccolta dati: identificazione problemi attuali e assessment del funzionamento familiare complessivo (6 dimensioni)
3. Descrizione/feedback delle problematiche identificate
4. Chiarificazione e ottenimento di un buon accordo sui problemi che si desidera affrontare

II- Contratto

1. Orientamento
2. Presentazione delle alternative: permettere alla famiglia di scegliere che cosa fare
3. Negoziazione delle aspettative (partendo dai problemi identificati stabilire degli obiettivi concreti da raggiungere ed operationalizzarli)
4. Stesura del contratto (ottenere il consenso di tutti i membri a procedere)

III- Trattamento

1. Orientamento
2. Individuazione delle priorità (da che cosa si vuole cominciare?)
3. Assegnazione di compiti ed esercizi da svolgere tra le sedute
4. Valutazione dell'esecuzione degli esercizi

IV- Chiusura

1. Orientamento
 2. Riepilogo degli obiettivi raggiunti
 3. Definizione di obiettivi a lungo termine
 4. Follow-up
-

I- Valutazione iniziale

Il primo stage, e per molti aspetti anche il più importante, è quello della valutazione iniziale. Questo stage ha tre obiettivi principali. Il primo, consiste nell'orientare la famiglia ad intraprendere il trattamento e stabilire con essa una relazione aperta e collaborativa. Il secondo obiettivo è rappresentato dall'identificazione e la chiarificazione di tutti i problemi attuali della famiglia ed il terzo consiste nella formulazione di precise ipotesi circa le variabili e/o i processi che sembrano essere associati in modo causale ai i problemi della famiglia.

Lo stage della valutazione iniziale si articola in quattro passaggi:

- 1- **ORIENTAMENTO.** Vengono elicitate le aspettative della famiglia e i loro obiettivi. Queste aspettative vengono riformulate ed integrate dal terapeuta.
- 2- **RACCOLTA DEI DATI.** In questa fase i dati sono raccolti in base a:
 - *Problemi attuali.* Sono i problemi che la famiglia riporta in seduta, di solito rappresentano il motivo per cui la famiglia ha ricercato aiuto. Dai racconti dei familiari il terapeuta può trarre dettagli importanti e rendersi conto dell'atteggiamento della famiglia sia in termini relazionali che affettivi.
 - *Funzionamento familiare complessivo.* Viene effettuata una valutazione della famiglia che, basandosi sull'approccio postulato dal Modello McMaster, indaga le sei principali dimensioni di funzionamento familiare. Questo tipo di assessment ha lo scopo di ottenere dettagli sui punti di forza e di debolezza del nucleo familiare rispetto a ciascuna dimensione ed identificare problematiche non precedentemente espresse direttamente dalla famiglia.

- 3- DESCRIZIONE DEL PROBLEMA. Lo scopo di questa sottofase è di redigere una lista dettagliata dei problemi emersi e ottenere una descrizione più dettagliata.
- 4- CHIARIFICAZIONE DEL PROBLEMA. L'obiettivo è ottenere un parziale o completo accordo circa la considerazione delle problematiche individuate come veramente fonte di difficoltà per l'intera famiglia.

II- Contratto

Il secondo macrostage è quello del contratto. L'obiettivo è stilare un contratto scritto che sancisca le aspettative reciproche, gli obiettivi che si vogliono raggiungere nel lungo termine e la decisione di continuare con il trattamento.

I passaggi dello stage sono i seguenti:

- 1- ORIENTAMENTO. Alla famiglia viene spiegato quale sarà l'argomento affrontato in quel momento, e gli obiettivi previsti dallo stage.
- 2- OPZIONI. Questa fase consiste nel delineare alla famiglia le varie possibilità di scelta. Alla famiglia sono quindi prospettate le seguenti possibilità: A) non fare niente per i problemi annotati e non modificare nulla; B) intervenire sulle difficoltà riportate senza l'ausilio della terapia; C) intervenire sui problemi continuando con una terapia familiare; D) intraprendere una terapia individuale. Lo scopo del terapeuta è quello di aiutare la famiglia a considerare in modo realistico i pro e i contro di tutte le varie possibilità e sollecitare il coinvolgimento di tutti i membri nella processo decisionale
- 3- NEGOZIAZIONE DELLE ASPETTATIVE. Se la famiglia decide di optare per la terapia familiare, ai membri della famiglia viene chiesto di concordare cosa vorrebbero gli uni dagli altri. Lo scopo principale di questa fase è di individuare degli obiettivi espliciti, tangibili e

verificabili che ci si aspetta di raggiungere con il concludersi del trattamento (obiettivi a lungo termine). Questi obiettivi terapeutici dovrebbero scaturire dalla lista di problemi elaborati nella fase di valutazione. Il ruolo del terapeuta è quello di assicurarsi che gli obiettivi siano realistici e pertinenti.

- 4- SIGLATURA DEL CONTRATTO. Viene redatto un contratto riassuntivo della negoziazione delle aspettative e delle condizioni del trattamento. Sia la famiglia che il terapeuta siglano il contratto. Lo scopo di questa fase è di ottenere il consenso di tutti i membri della famiglia a procedere.

III- Trattamento

Il terzo macrosatge è quello del trattamento. L'obiettivo di questo stage è di sviluppare e rafforzare le strategie di risoluzione dei problemi della famiglia per poter così modificare le problematiche in precedenza identificate. La maggioranza degli interventi sono volti a sollecitare modificazioni comportamentali tangibili e verificabili attraverso la prescrizione di esercizi (task setting): il terapeuta assegna dei compiti alla famiglia da svolgere nelle pause fra una sessione e l'altra e successivamente viene valutato, assieme ai membri, il successo o le difficoltà incontrate nell'esecuzione di questi compiti (task evaluation).

Una varietà di altre tecniche come role playing, ristrutturazione cognitiva ed esercizi di esposizione, possono essere utilizzati nel corso delle sedute per stimolare cambiamenti cognitivi e comportamentali che rafforzano le capacità della famiglia di comprendere e risolvere con successo i propri problemi. Durante la terapia, soprattutto nelle sedute iniziali, la priorità risiede nell'incrementare comportamenti ed emozioni positive piuttosto che cercare di eliminare quelli negativi. Lo stage del trattamento si articola in quattro

passaggi: 1- Orientamento, 2- Chiarificazione delle priorità, 3- Prescrizione dei compiti e 4- Valutazione dei compiti.

IV- Chiusura

Lo stage finale, quello di chiusura si articola in quattro passaggi:

- 1- **ORIENTAMENTO.** E' un orientamento al termine del trattamento, richiama le aspettative espresse nel contratto e prospetta la fine della terapia.
- 2- **BILANCIO DEL TRATTAMENTO.** I familiari riassumono il percorso del trattamento, esprimendo cosa hanno imparato e si lavora sull'elaborazione delle loro percezioni.
- 3- **OBIETTIVI A LUNGO TERMINE.** Sono stabiliti verosimili obiettivi a lungo termini e sono definiti i modi attraverso i quali è possibile rendersi conto se gli obiettivi sono stati raggiunti o no.
- 4- **FOLLOW- UP.** La terapia è comunque conclusa ma può essere fissato un appuntamento di follow-up a distanza di tempo. Tale visita assolve ad una funzione di monitoraggio e non è una seduta di trattamento.

3.3 Studi sulla valutazione dell'efficacia della PCSTF

Solo di recente gli autori delle MMFF si sono dedicati alla valutazione dell'efficacia della PCSTF (Ryan EC, Epstein BN, Keitner GI, et al., 2005). Nonostante gli studi che hanno utilizzato la PCSTF siano relativamente esigui, i risultati ottenuti sono comunque incoraggianti.

Il primo studio (Miller IW, Keitner GI, Ryan C, et al., 2006), condotto su 121 pazienti con depressione maggiore e le loro famiglie, ha avuto come obiettivo principale quello di comprendere l'utilità di accoppiare un particolare deficit

riscontrato nel paziente con una specifica terapia che andasse ad operare proprio sul deficit rilevato. I due deficit presi in considerazione nello studio erano: distorsioni cognitive e disfunzionalità familiare. Sul primo deficit si interveniva con la terapia cognitiva (CT) e sul secondo con la PCSTF. I pazienti potevano essere assegnati ad una condizione di “match” (terapia adeguata al deficit) o di “mismatch” (terapia non adeguata al deficit). Infine i soggetti sono stati randomizzati a 4 condizioni di trattamento: 1) farmaco, 2) farmaco + CT, 3) farmaco + PCSFT, 4) farmaco + CT + PCSFT. I risultati di questo studio mostrano che la condizione “mach”, quando comparata alla condizione “mismach”, ha indotto un significativo miglioramento ed una più consistente riduzione della sintomatologia depressiva eterovalutata. Le condizioni che includevano la terapia familiare, quando comparate alle altre condizioni, erano associate ad una più elevata proporzione di pazienti migliorati, ad una significativa riduzione della sintomatologia depressiva e di idee suicide.

Un altro studio (Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, et al., 2004) ha cercato di sondare l'efficacia della PCSTF su 92 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare tipo I secondo il DSM-IV. I pazienti sono stati randomizzati a 3 condizioni di trattamento: 1) PCSTF + farmacoterapia, 2) terapia psicoeducazionale di gruppo comprendente pazienti e familiari + farmacoterapia, e 3) farmacoterapia. Il tempo di remissione è stato analizzato attraverso una analisi della sopravvivenza. I risultati mostrano come, a differenza della popolazione di pazienti depressi, la proporzione di soggetti migliorati ed il tempo impiegato per entrare in remissione non differiva significativamente nei tre diversi gruppi. Lo studio presenta comunque alcune limitazioni riguardanti la mancanza di misure di esito come il funzionamento psicosociale e la compliance. Da questo studio la farmacoterapia sembra comunque essere lo strumento più utile, almeno nel breve termine, per il trattamento della fase acuta del disturbo bipolare di tipo I dimostrando un

buon rapporto costi/benefici. Studi recenti (Fava GA, Ruini C, 2002) mettono comunque in evidenza che nonostante nel breve termine la farmacoterapia risulti più efficace della psicoterapia nel lungo termine spesso questi benefici vengano persi, cosa che generalmente non accade con la psicoterapia. La mancanza, in questo studio, di un follow-up a lungo termine non permette di valutare se anche per il disturbo bipolare ci sia un andamento di questo tipo.

Di recente sono stati iniziati studi sull'efficacia della PCSTF con popolazioni di pazienti con disturbi medici (Bishop DS, Miller IW, Johnson B, et al., 2002). Per facilitare il lavoro con popolazioni di pazienti di medicina generale, soprattutto con soggetti che necessitano di assistenza domiciliare e non possono spostarsi da casa, è stato sviluppato un particolare intervento condotto telefonicamente, sempre basato sui principi del MMFF e dalla PCSTF definito "Family Intervention: Telephone Tracking" (FITT). Questo intervento si basa su due componenti, la prima, di natura psicoeducazionale e la seconda, caratterizzata da assessment e supporto. Sono state identificate 5 aree problematiche specifiche per pazienti infartuati: funzionamento familiare, sintomatologia depressiva, funzionamento neurocognitivo, indipendenza funzionale e salute fisica. La FITT è stata utilizzata in uno studio pilota ancora in fase di sviluppo su pazienti infartuati durante la loro transizione dall'ospedale a casa. I risultati preliminari sottolineano come la FITT, quando comparata con le cure mediche standard, diminuisca significativamente l'utilizzo di strutture mediche e migliori il funzionamento psicosociale e familiare.

In quest'ultimo anno è stata inoltre sviluppata una nuova terapia breve denominata Family Check-Up (FCU) (Uebelacker LA, Hecht J, Miller IW, 2006). Il FCU consiste di 2 sessioni terapeutiche suddivise in: assessment, feedback, discussione ed identificazione degli obiettivi. Lo scopo di questo intervento a breve termine è di aiutare le famiglie ad identificare i loro problemi familiari e di sviluppare una motivazione a risolverli. La sua brevità

ha lo scopo di minimizzare le barriere che spesso le famiglie incontrano nella ricerca di aiuto. Questo strumento richiama la struttura del Drinker's Check-up (Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS, 1993), i principi della Motivational Interviewing (Miller WR, Rollnick S, 2002) e del MMFF. Con questo strumento è stato condotto uno studio pilota, aperto, su 32 famiglie. I dati suggeriscono che il FCU: 1) è ricercato ed utilizzato dalla popolazione target per cui è stato pensato e cioè le famiglie in difficoltà, 2) è inoltre richiesto da soggetti con un'elevata sintomatologia depressiva e da persone che in passato sono state trattate per sintomi depressivi o ansiogeni, 3) è uno strumento pratico e di facile uso, 4) è ben accettato dalle famiglie, e 5) sembra essere associato a cambiamenti del funzionamento familiare e dei sintomi depressivi. I risultati suggeriscono quindi l'importanza di ulteriori indagini e soprattutto il bisogno dello sviluppo di uno studio randomizzato controllato che permetta di verificare questi risultati preliminari.

Capitolo 4

Trattamento della depressione ricorrente

Il disturbo depressivo maggiore è una condizione molto frequente nella popolazione generale e la sua natura di malattia cronica e ricorrente sta ricevendo sempre più attenzione (Judd LL, 1997). 8 soggetti su 10 con disturbo depressivo maggiore nel corso della loro vita sperimenteranno 1 o più episodi depressivi rientrando così nella categoria di depressione maggiore ricorrente (American Psychiatric Association, 1994). Per alcuni pazienti gli episodi depressivi sono separati da periodi di assenza di sintomatologia e funzionamento normale, per altri invece, gli episodi diventano sempre più frequenti ed invalidanti (Depression Guideline Panel, 1993). Quest'ultimo decorso sembra essere diventato il più frequente sia in ambito psichiatrico che

medico (Fava GA, 1999; Fava M, Kendler KS, 2000; Lin EHB, Katon WJ, Von Korff M, et al., 1998; Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, et al., 1993; Piccinelli M, Wilkinson G, 1994; Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, et al., 1995;). La remissione parziale tra episodi sembra inoltre essere la regola rispetto alla remissione completa ed è generalmente associata a sintomatologia residua che interferisce con il funzionamento generale dell'individuo (Fava GA, 1999). Molti autori riportano che almeno 1 paziente su 3 ricade nel giro di un anno dal verificarsi dell'episodio depressivo precedente (Fava GA, 1999; Lin EHB, Katon WJ, Von Korff M, et al., 1998; Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, et al., 1995). I due fattori di rischio maggiore associati alla ricaduta sembrano essere la persistenza di sintomatologia residua e il numero di episodi depressivi pregressi (Fava GA, 1999; Fava M, Kendler KS, 2000; Lin EHB, Katon WJ, Von Korff M, et al., 1998; Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, et al., 1995;). Come risultato, nella maggior parte dei casi la depressione è un disturbo che, associato a ricadute multiple (in media 1 episodio ogni 5 anni), accompagna i pazienti per tutta la loro vita (Fava M, Kendler KS, 2000). Da questi dati si può dedurre che le conseguenze e i costi derivanti da questa malattia sono considerevoli sia da un punto di vista medico che economico e sociale (Judd LL, 1997).

Esistono diverse linee guide (American Psychiatric Association, 2000; Schulberg HC, Katon W, Simon GE, et al., 1998) che individuano, sulla base di studi controllati, il miglior modo per gestire la fase acuta della depressione maggiore. Queste linee guide danno però pochissime indicazioni concernenti la gestione della depressione ricorrente. Negli USA (American Psychiatric Association, 2000) per pazienti con una storia di 3 o più episodi depressivi, o in generale ad alto rischio di ricaduta, è stata raccomandata una farmacoterapia di mantenimento che può durare anche per 2 due anni. Thase e Sullivan nel 1995 hanno analizzato la letteratura sulla prevenzione della ricaduta della depressione ricorrente e suggeriscono che tutti i pazienti che sperimentano una

remissione dei sintomi grazie alla farmacoterapia dovrebbero ricevere almeno dai 4 ai 6 mesi di “continuation therapy” (Thase ME, Sullivan LR, 1995). Inoltre, alla “continuation therapy”, dovrebbe seguire una farmacoterapia di mantenimento (Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al, 1990) dove gli SSRI sembrano essere gli antidepressivi più indicati.

L’obiettivo di questo capitolo è quello di aggiornare quest’analisi della letteratura, includendo soprattutto studi che riguardano l’utilizzo di strategie psicosociali, e discutere le diverse possibilità di trattamento della depressione ricorrente.

4.1 Terapia farmacologica a lungo termine e a vita

La farmacoterapia di mantenimento e/o a vita è stata considerata un efficace strumento terapeutico per la riduzione delle ricadute nella depressione (Kupfer DJ, 1992; Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al., 2003; Edwards JG, 1998).

Andrews, in un suo recente lavoro, ha enfatizzato la natura cronica del disturbo depressivo sottolineando la necessità di utilizzare protocolli terapeutici (farmacologici) a lungo termine simili a quelli adoperati, ad esempio, nei pazienti affetti da diabete (Andrews G, 2001). Questo implica, secondo l’autore, il trattamento dell’episodio acuto con farmaci antidepressivi al massimo dosaggio e per il più lungo periodo possibile, e la prevenzione della ricaduta attraverso terapia farmacologica a dosaggio pieno (o ridotto) a tempo indefinito.

L’evidenza scientifica tuttavia mette in discussione quanto affermato da Andrews (Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J, 1998):

- Diversi studi hanno dimostrato la superiorità del trattamento antidepressivo (generalmente triciclici) rispetto al placebo nel proteggere i

pazienti da future ricadute (Edwards JG, 1998; Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al., 2003; Kupfer DJ, 1992). La durata media di questi studi è però di 17 mesi (Baldessarini RJ, 2001) e solo un piccolo studio di Kupfer sull'imipramina ha raggiunto i 5 anni (Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, et al., 1992). Inoltre, molti dati nell'ambito degli studi sulla depressione sono pregiudicati da numerosi bias (es.: tendenza a non pubblicare risultati negativi).

- Dawson e colleghi (Dawson R, Lavori PW, Coryell WH, et al., 1998) in uno studio su 236 pazienti con depressione unipolare, che hanno ricevuto una terapia antidepressiva di mantenimento durante la fase di remissione e che sono stati seguiti per i successivi 5 anni, sottolineano come la probabilità di ricaduta per pazienti con meno di 5 episodi depressivi, già dopo i primi 8 mesi di farmacoterapia, non è influenzata dalla durata del trattamento farmacologico.
- Già nel 1976, un classico studio controllato di Paykel (Paykel ES, Tanner J, 1976) aveva dimostrato che la farmacoterapia di mantenimento non ha alcun effetto protettivo nei confronti di eventi stressanti che possono precipitare un nuovo episodio depressivo.
- Anche se la farmacoterapia a vita è l'opzione prescelta è importante ricordare che il ritorno di sintomi depressivi durante la terapia farmacologica di mantenimento è un fenomeno clinico molto frequente (Fava GA, 2003) che può interessare dal 9 al 57 per cento dei casi (Byrne SE, Rothschild AJ, 1998). Questo fenomeno di perdita d'efficacia dell'antidepressivo può essere spiegato dallo sviluppo di tolleranza al farmaco, dalla perdita d'effetto placebo, dall'aumento della gravità del disturbo, dall'accumulo di metabolici dannosi, dallo sviluppo di ciclizzazione rapida passata inosservata o da inefficacia profilattica (Byrne SE, Rothschild AJ, 1998).

- Nonostante siano state suggerite diverse strategie farmacologiche per risolvere il problema della perdita di effetto terapeutico degli antidepressivi nel trattamento a lungo termine della depressione (come l'aumento o la diminuzione del dosaggio o il passaggio ad un altro antidepressivo) non esistono ancora specifiche linee guida a riguardo. Schmidt e colleghi (Schmidt ME, Fava M, Zhang S, et al., 2002), in uno studio controllato multicentrico in cui veniva testata l'utilità della fluoxetina come terapia di mantenimento in pazienti con depressione maggiore, hanno sottolineato come il 33% dei pazienti ricadeva dopo 3 mesi e mezzo di trattamento. Di questo 33% 2 pazienti su 3 (il 66%) hanno in seguito risposto ad un raddoppio del dosaggio di fluoxetina. Nonostante ciò l'11% dei pazienti iniziali ricadeva ancora, nonostante il breve periodo di follow-up, indicando un'ulteriore perdita di efficacia del farmaco.
- Byrne e colleghi suggeriscono inoltre che l'aumento del dosaggio spesso non corrisponde ad una diminuzione della sintomatologia (Byrne SE, Rothschild AJ, 1998) e la letteratura suggerisce che la maggior parte degli antidepressivi mostra un andamento piatto della curva dosaggio/risposta. L'aumento del dosaggio può inoltre indurre lo sviluppo di depressione resistente. Frank e colleghi (Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al., 1993) suggeriscono che, durante la terapia di mantenimento, il dosaggio pieno ha un'efficacia superiore rispetto a dosaggi più bassi. I dosaggi più bassi tendono in ogni modo a produrre meno effetti collaterali e rendono più probabile la risposta all'aumento del dosaggio in caso di perdita di effetto del farmaco in un momento successivo (Baldessarini RJ, Ghaemi SN, Viguera AC, 2002). Lo sviluppo d'effetti collaterali come l'aumento di peso e la comparsa di disfunzioni sessuali possono inoltre mettere a repentaglio la compliance e la qualità della vita del paziente. Anche il litio è stato suggerito come possibile farmaco per ridurre le ricadute in pazienti con depressione unipolare (Davis JM, Janicak PG, Hogan DM, 1999),

nonostante ciò anche con questo farmaco la progressiva perdita d'efficacia è un problema comune (Maj M, Pirozzi R, Kemali D, 1989; Solomon DA, Keitner GI, Miller IW, et al., 1995).

4.2 Farmacoterapia intermittente

Nel caso in cui il farmaco venga sospeso dopo la scomparsa della sintomatologia depressiva la ricomparsa di un successivo episodio depressivo può essere gestita attraverso la ri-somministrazione dello stesso farmaco usato nell'episodio precedente a quello attuale o tramite il passaggio ad un nuovo antidepressivo (Fava GA, Molnar G, Grandi S, et al., 1991). La comparsa di sintomi prodromici che generalmente precedono, di settimane o mesi, la comparsa conclamata della ricaduta sono segnali importanti che possono permettere un intervento farmacologico tempestivo. Questa strategia è stata dimostrata efficace nel diminuire significativamente la durata del successivo episodio depressivo (Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, 1989). Un aspetto positivo di questo approccio è che richiede un livello inferiore di compliance, rispetto ad una terapia a lungo termine o a vita, e meglio si concilia con la tendenza frequentemente riscontrata nei pazienti di interrompere la terapia (anche contro il parere del medico) nel momento in cui cominciano a stare meglio. Questo approccio richiede comunque una buona relazione medico-paziente, un maggior numero di visite di follow-up ed una buona capacità, del paziente e/o dei famigliari, nel riconoscere i sintomi prodromici.

Un primo svantaggio di questa strategia è lo sviluppo del fenomeno della resistenza, fenomeno definito come la probabilità che un trattamento farmacologico possa essere associato ad una diminuita risposta nei pazienti che hanno in precedenza risposto ad esso con successo ma che lo hanno in seguito interrotto. Questo fenomeno è stato per molto tempo considerato raro e

alcuni dati avevano rilevato come esso riguardasse solo il 4% dei pazienti (Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al., 1998). Nonostante ciò, in un successivo studio che valutava in senso prospettico il reinserimento dello stesso identico farmaco in precedenza sospeso (fluoxetina), è stato sottolineato come, il 38% dei pazienti, in effetti non rispondeva più alla fluoxetina o se rispondeva in seguito ricadeva. La seconda difficoltà a cui si va incontro utilizzando la farmacoterapia in modo intermittente è la sindrome da interruzione che tende a verificarsi anche in seguito ad una sospensione graduale del farmaco, soprattutto con gli SSRI (Fava GA, Ruini C, 2002; Zajecka J, Tracy KA, Mitchell S, 1997).

Viguera e colleghi (Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J, 1998) hanno analizzato 30 studi con una lunghezza di trattamento antidepressivo variabile e con diversi esiti di follow-up dopo la sospensione del farmaco. Una volta che il farmaco viene sospeso la durata del trattamento farmacologico non sembra influenzare la prognosi a lungo termine. Dal punto di vista clinico questo significa che, nel momento in cui il farmaco viene sospeso, non fa nessuna differenza che un paziente sia stato trattato per 3 mesi o 3 anni. Anzi, è stata evidenziata una tendenza statistica che suggerisce che più lungo è il trattamento antidepressivo e più probabile è la ricaduta (Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J, 1998). In uno studio successivo questa semplice tendenza è risultata statisticamente significativa (Baldessarini RJ, Ghaemi SN, Viguera AC, 2002).

4.3 Psicoterapia

Fino a pochi anni fa nessuna strategia d'intervento non farmacologica era stata testata per il trattamento della depressione ricorrente o per la prevenzione della

ricaduta. Alcuni studi iniziali hanno condotto a risultati a volte deludenti o ambigui.

Frank e colleghi (1990) hanno studiato l'effetto di: terapia interpersonale (ITP), placebo e imipramina sulla prevenzione della ricaduta (3 anni) in 128 soggetti depressi. L'imipramina ha dimostrato di avere un effetto profilattico maggiore rispetto alla ITP e al placebo, a sua volta la ITP ha mostrato un effetto superiore al placebo. Questo risultato supporterebbe quindi l'ipotesi che tutti i pazienti con depressione ricorrente abbiano bisogno di una farmacoterapia di mantenimento a lungo termine.

In uno studio più recente (Blackburn IM, Moore RG, 1997) 75 soggetti con depressione ricorrente sono stati randomizzati in 3 gruppi: 1) uso di antidepressivi nel breve e nel lungo termine (2 anni), 2) Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) nel breve e nel lungo periodo e 3) farmacoterapia nel breve termine e CBT come strategia di mantenimento a lungo termine. In questo studio la CBT ha dimostrato lo stesso effetto profilattico del farmaco.

La combinazione di psicoterapia e farmacoterapia nel trattamento dei disturbi dell'umore ha attirato molta attenzione negli ultimi venti anni (Fava GA, 1997). Nonostante ciò la somministrazione *simultanea* di farmacoterapia e psicoterapia si è spesso basata su una visione del disturbo che non tiene in considerazione gli aspetti longitudinali dell'evoluzione di quest'ultimo (Fava GA, Kellner R, 1993). Un modo alternativo per integrare psicoterapia e farmacoterapia è rappresentato dal loro utilizzo in modo sequenziale applicando terapie specifiche a fasi specifiche del disturbo. Il concetto fondamentale che viene enfatizzato attraverso questo approccio *sequenziale* è l'importanza data alla valutazione longitudinale dei disturbi mentali.

La somministrazione di diverse terapie in ordine sequenziale è una pratica abbastanza comune in medicina generale. Al contrario, in psichiatria spesso questo si riduce alla semplice somministrazione di un farmaco diverso una

volta che il primo è risultato inefficace, come ad esempio nel caso di depressione resistente (Ananth J, 1998).

Per quanto concerne gli approcci psicoterapeutici, Emmelkamp (Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A, 1993) aveva già suggerito la possibilità di utilizzare diverse terapie in ordine consecutivo piuttosto che contemporaneamente. Sfortunatamente però i primi tentativi che hanno cercato di dimostrare l'efficacia di quest'approccio sequenziale non hanno dato buoni risultati (Scholing A, Emmelkamp PMG, 1993; Fava GA, 1997). Una problematica di questi primi studi è legata al fatto che le diverse terapie non erano state mirate a fasi specifiche del disturbo preso in esame.

Diversamente i risultati ottenuti da ricerche più recenti sono estremamente incoraggianti. Recentemente infatti diversi autori (Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P, 1998; Fava GA, Ruini C, 2002; Rush AJ, Thase ME, 1999) hanno messo in evidenza come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si sia dimostrata utile nella prevenzione della ricaduta in soggetti con depressione ricorrente. In uno studio del 1998 Fava e colleghi hanno randomizzato un gruppo di 40 pazienti con depressione ricorrente a due diverse condizioni: 1) CBT mirata alla risoluzione dei sintomi residui, oppure 2) Clinical Management (CM). In entrambi i gruppi, durante le 20 settimane di sperimentazione, il farmaco è stato gradualmente diminuito ed in seguito sospeso. I risultati di questo studio sottolineano che il gruppo che aveva ricevuto la CBT presentava minor sintomatologia residua una volta sospeso il farmaco ed una percentuale di ricaduta estremamente più bassa (15%) rispetto al gruppo che aveva ricevuto CM (35%). Ciò ha condotto allo sviluppo di una strategia sequenziale basata sull'uso del farmaco nella fase acuta della depressione e della CBT nella fase residua (Fava GA, Ruini C, 2002) (vedi tabella 1). In altri studi randomizzati controllati (Blackburn IM, Moore RG, 1997; Disalver SC, 1999; Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al., 1998; Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, et al., 2001; Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, et al.,

1999; Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, et al., 2000;) questo modello ha dimostrato di indurre una minore percentuale di ricadute in pazienti con depressione ricorrente e ha determinato un significativo miglioramento nella prognosi a lungo termine di pazienti con depressione ricorrente. Studi controllati hanno infine dimostrato che, nella maggior parte dei pazienti, il trattamento farmacologico della depressione non risolve molti sintomi residui come irritabilità, ansia e disadattamento sociale ed interpersonale (Fava GA, 1999). Tali sintomi impediscono una guarigione completa e duratura, diventando sintomi prodromici di un successivo episodio e quindi importanti fattori di rischio per altre ricadute (Fava GA, 1999).

Tab.1: Approccio sequenziale alla prevenzione della ricaduta nella depressione ricorrente (Fava GA, Ruini C, 2002).

1. Trattamento dell'episodio acuto con farmaco antidepressivo al più alto dosaggio tollerabile per 3 mesi.
2. Rivalutazione accurata del paziente, con particolare attenzione alla sintomatologia residua e allo stile di vita.
3. a) se non è presente sintomatologia residua, riduzione graduale del farmaco e sua sospensione, insegnando al paziente a riconoscere i sintomi prodromici della ricaduta. Visite di follow-up ogni 6 mesi. b) se è presente sintomatologia residua, contemporaneamente alla riduzione graduale del farmaco, effettuazione di CBT diretta ai sintomi residui, con modificazione dello stile di vita ed attenzione al benessere psicologico.
4. Nuova valutazione del paziente. a) Se non è più presente sintomatologia residua, sospensione del farmaco. Visite di follow-up ogni sei mesi. b) Se è ancora presente sintomatologia residua, prosecuzione della farmacoterapia e/o psicoterapia.

Studi preliminari hanno inoltre suggerito l'efficacia del modello sequenziale nella depressione atipica (Jarrett RB, Kraft D, Schaffer M, et al., 2000), nel disturbo bipolare (Fava GA, Bartolucci G, Rafanelli C, et al., 2001) e nel caso di perdita di efficacia terapeutica di farmaci antidepressivi nel trattamento a lungo termine della depressione (Fabbri S, 2004; Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al., 2002). In un recente studio pilota (Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al., 2002), 10 pazienti con depressione ricorrente, che erano ricaduti durante il trattamento farmacologico sono stati randomizzati in due gruppi: 1) aumento dell'antidepressivo e Clinical Management e 2) mantenimento della stessa dose di antidepressivo e CBT. 4 su 5 dei pazienti assegnati alla prima condizione hanno risposto ad un incremento della dose di antidepressivo ma nel giro di un anno tutti e 4 i soggetti erano di nuovo ricaduti. 4 su 5 dei pazienti assegnati alla seconda condizione hanno risposto alla CBT e soltanto 1 soggetto è poi ricaduto ad un anno di follow-up.

Lo studio di un singolo caso (Fabbri S, 2004) suggerisce, in via estremamente preliminare, la possibilità che l'utilizzo di un'altra strategia psicoterapica, la Problem Centered System Therapy of the Family (PCSTF) derivata dal Modello McMaster di Funzionamento Familiare, possa avere lo stesso effetto profilattico della CBT nella prevenzione della ricaduta in soggetti con depressione ricorrente.

4.4 Conclusioni

Fino a pochi anni fa il trattamento della depressione ricorrente era effettuato attraverso interventi puramente farmacologici che potevano prendere la forma di terapia antidepressiva a vita o a lungo termine, oppure risomministrata ogni qualvolta il paziente ripresentava un nuovo episodio depressivo. Diverse ricerche hanno comunque messo in evidenza alcuni svantaggi associati a questo approccio come: sviluppo di depressione resistente, sindrome da

sospensione, perdita di efficacia dell'antidepressivo e mancata efficacia profilattica. Diversi studi controllati hanno inoltre dimostrato che, nella maggior parte dei pazienti, il trattamento farmacologico non risolve molti sintomi residui tipici della depressione come irritabilità, ansia e disadattamento sociale ed interpersonale (Fava GA, 1999). Tali sintomi impediscono una guarigione completa e duratura, diventando sintomi prodromici di un successivo episodio e quindi importanti fattori di rischio per altre ricadute (Fava GA, 1999).

Recentemente diversi autori (Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P, 1998; Fava GA, Ruini, 2002; Rush AJ, Thase ME, 1999) hanno messo in evidenza come la terapia cognitivo-comportamentale si sia dimostrata utile nella prevenzione della ricaduta in soggetti con depressione ricorrente. In altri studi randomizzati controllati (Blackburn IM, Moore RG, 1997; Disalver SC, 1999; Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al., 1998; Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, et al., 2001; Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, et al., 1999; Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, et al., 2000) l'utilizzo del modello sequenziale, che presuppone l'utilizzo della farmacoterapia durante la fase acuta della depressione e della psicoterapia nella fase residua, ha dimostrato di indurre una minore percentuale di ricadute ed un significativo miglioramento nella prognosi a lungo termine di pazienti con depressione ricorrente.

Capitolo 5

Efficacia delle terapie familiari e di coppia nel trattamento della depressione

I presupposti di base del modello biopsicosociale implicano la muta interazione tra gli aspetti biologici e quelli psicosociali della vita di una persona (Engel GL; 1978). La moderna ricerca in campo biologico ha messo in evidenza come i fattori psicosociali siano in grado di influenzare l'espressione genetica (Tienari P, Wynne C, Sorri A, et al., 2004) modificare l'attività cerebrale (Roffman JL, Marci CD, Glick DM, et al., 2005). Più di recente, il concetto di "cervello sociale" è stato utilizzato come modello unificante per spiegare l'importanza dell'ambiente nel modellare lo sviluppo del cervello (Gardner R, 2005). All'interno del modello biopsicosociale e di "cervello sociale" l'ambiente familiare viene considerato come il più immediato gruppo di

influenza psicosociale. La ricerca sul ruolo dell'ambiente familiare, sia nella genesi che nel trattamento di diverse malattie, è divenuto un ambito di vasto interesse. In questo capitolo si cercherà di riassumere i risultati ottenuti da studi randomizzati controllati (RCT) che hanno indagato l'efficacia della terapia familiare e di coppia per il trattamento di diversi disturbi psichiatrici e più nello specifico per il trattamento della depressione maggiore.

5.1 L'efficacia della terapia familiare e di coppia per il trattamento dei disturbi psichiatrici

Più di 30 RCT in ambito clinico hanno dimostrato che gli interventi che hanno come focus la famiglia sono in grado di: ridurre in numero di ricadute, migliorare il processo di convalescenza dei pazienti ed incrementare il benessere di familiari e pazienti (Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, et al., 2000). La terapia familiare si è dimostrata in grado di diminuire il numero di ricadute e di migliorare la qualità di vita di pazienti con: *schizofrenia* (o altri disturbi psicotici) (McFarlane WR, Link B, Dushay R, et al., 1995; Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, et al., 1980), *disturbo bipolare* (Ablon SI, Daveprt YB, Gershon ES, 1975; Brennan JW, 1995; Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, 1998; Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, 1977; Fitzgerald RG, 1972; Greene BL, Lusting N, Lee RR, 1976; Lesser AL, 1983; Mayo JA, 1979; Honig A, Hofman A, Rozendaal N, 1997; Miklowitz DJ, Goldstein MJ, 1990; Retzer A, Simon FB, Weber GS, et al., 1991; Miklowitz DL, Simoneau TL, Gerge EL, et al., 2000; Van Gent EM, Zwart FM, 1999); *depressione maggiore* (Barbato A, D'Avanzo B, 2007; Beach SRH, O'leary KD, 1992; Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM, 1996, 1997; Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH, 2003; Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, et al., 1989; Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, et al., 1991; Leff J, Vearnals S,

Brewin CR, 2000; Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005; Teichman Y, Bar-El Z, Shor H, 1995), *disturbo borderline di personalità* (Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H, 1991; Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A, 1997) e *dipendenza da alcol* (Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ, 2005; O'Farrell T, Fals-Stewart W, Murphy CM, et al., 2004).

I primi interventi familiari sono stati principalmente applicati alla *schizofrenia* utilizzando tecniche psicoeducative (Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ, 1980). La psicoeducazione si basa sull'assunto di base che le famiglie hanno bisogno di supporto nel prendersi cura dei propri familiari malati. Generalmente questo tipo di trattamento include supporto emotivo, educazione, insegnamento di tecniche di problem solving e aiuto nell'identificazione delle risorse appropriate in momenti di crisi. Tra gli studi che hanno applicato la psicoeducazione a famiglie di pazienti schizofrenici è stata identificata una riduzione del numero di ricadute del 50% rispetto a quelle riscontrate nei diversi gruppi di controllo. Negli 11 studi con disegno sperimentale più rigoroso e con una durata media di follow-up di 20 mesi, la percentuale di ricadute registrata tra i soggetti appartenenti alla condizione di psicoeducazione era del 27%, rispetto al 64% riscontrata nei gruppi di controllo (Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, et al., 1980).

Per quanto riguarda il *disturbo bipolare* i risultati sono meno univoci, una review condotta da Huxley e colleghi (Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ, 2000) sottolinea come nei 12 RCT presi in considerazione l'aggiunta, al trattamento farmacologico standard, di terapia familiare psicodinamica o psicoeducazionale era in grado di indurre: aumento della compliance, riduzione delle ospedalizzazioni, aumento delle conoscenze rispetto al disturbo ed al suo trattamento ed infine miglioramento delle relazioni familiari (Ablon SI, Daveprt YB, Gershon ES, 1975; Brennan JW, 1995; Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, 1998; Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, 1977; Fitzgerald RG, 1972; Greene BL, Lusting N, Lee RR, 1976; Lesser AL,

1983; Mayo JA, 1979; Honig A, Hofman A, Rozendaal N, 1997; Miklowitz DJ, Goldstein MJ, 1990; Retzer A, Simon FB, Weber GS, et al., 1991; Miklowitz DL, Simoneau TL, Gerge EL, et al., 2000; Van Gent EM, Zwart FM, 1999). Un'altro studio (Miklowitz DL, Simoneau TL, Gerge EL, et al., 2000) ha cercato di comparare la diversa efficacia della terapia familiare rispetto a psicoeducazione e crise management, in 101 pazienti bipolari trattati con farmacoterapia. I risultati hanno messo in evidenza come la terapia familiare sia in grado di prevenire la ricomparsa di episodi depressivi ma non di quelli maniacali. Ad un anno di follow-up i pazienti assegnati al gruppo di terapia familiare mostravano un esito significativamente migliore rispetto agli altri gruppi. Un altro RCT (Miller I W, Solomon DA, Ryan CE, 2004) ha cercato di sondare l'efficacia della PCSTF su pazienti con diagnosi di disturbo bipolare tipo I. I pazienti sono stati randomizzati a 3 condizioni di trattamento: 1) PCSTF e farmacoterapia, 2) terapia psicoeducazionale di gruppo comprendente pazienti e familiari e farmacoterapia, e 3) farmacoterapia. I risultati mostrano come la proporzione di soggetti migliorati ed il tempo impiegato per entrare in remissione non differiva significativamente nei tre diversi gruppi, almeno nel breve termine.

In generale, per quanto riguarda il trattamento della *depressione* diversi RCT (Barbato A, D'Avanzo B, 2007; Beach SRH, O'leary KD, 1992; Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM, 1996, 1997; Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH, 2003; Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, et al., 1989; Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, et al., 1991; Leff J, Vearnals S, Brewin CR, 2000; Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005; Teichman Y, Bar-El Z, Shor H, 1995) hanno dimostrato la parità di efficacia della terapia di coppia rispetto ad altre forme di intervento già riconosciute valide per il trattamento della depressione come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia cognitiva (CT) e quella interpersonale (ITP). Se quindi da un lato la sintomatologia depressiva può essere trattata attraverso uno svariato numero di

strategie psicoterapiche, dall'altro la terapia di coppia si è dimostrata l'unica in grado di indurre una modificazione nelle relazioni di coppia e coniugali, elemento estremamente importante nella prognosi a lungo termine della depressione. Nonostante ciò alcuni studi sembrano suggerire una maggiore efficacia della terapia familiare (rispetto ad altre forme di intervento) nel ridurre la sintomatologia depressiva (Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005; Leff J, Vearnals S, Brewing CR, et al., 2000).

Nella *dipendenza da alcol* la terapia comportamentale di coppia si è dimostrata efficace nel ridurre il consumo di alcol e la violenza coniugale (O'Farrell T, Fals-Stewart W, Murphy CM, et al., 2004). Al follow-up di un anno gli episodi di violenza erano diminuiti del 24% e, per i pazienti in remissione, questo numero aveva raggiunto lo stesso livello di prevalenza registrato nella popolazione generale: il 12%. Questo tipo di terapia include: un contratto di sobrietà, lo sviluppo di migliori abilità comunicative e l'aumento del tempo che la coppia passa insieme dedicandosi ad attività piacevoli. Diverse revisioni della letteratura suggeriscono che nonostante le limitazioni metodologiche degli studi condotti in questo ambito, in generale la terapia di coppia e familiare sembra essere di utile impiego nel trattamento della dipendenza da alcol (Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ, 2005) sottolineando il ruolo centrale che la famiglia occupa nel prevenire l'uso di sostanze (Velleman RD, Templeton LJ, Copello AG, 2005).

Per quanto riguarda la *psichiatria evolutiva*, alcuni programmi di intervento definiti "parent training programs" sembrano migliorare le interazioni genitori-figli e l'efficacia genitoriale diminuendo interazioni di tipo punitivo e coercitivo e migliorando le capacità dei figli con disturbi della condotta ad esternare i propri problemi (Bernal ME, Klennert MD, Schultz LA, 1980; Eyberg SM, Boggs SR, Algina J, 1995; Scott S, Spender Q, Doolan M, et al., 2001; Patterson GR, 1974; Weiss B, Harris V, Catron T, et al., 2003). Interventi sui genitori, terapia familiare e psicoeducazione sembrano essere

efficaci per il trattamento del *disturbo ossessivo-compulsivo* in bambini ed adolescenti (Barrett P, Healy-Farrell L, March JS, 2004). Gruppi che includono diversi nuclei familiari si sono dimostrati efficaci nel trattamento di malattie croniche come il *disturbo bipolare* (Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM, 2003). Nei *disturbi dell'alimentazione* la terapia familiare che aiuta i genitori ad assumere un ruolo attivo con l'adolescente si è spesso rilevata efficace e sia la terapia familiare che i gruppi psicoeducazionali coinvolgenti diverse famiglie risultano nell'aumento di peso dell'adolescente (Geist R, Heinmaa M, Stephens D, et al., 2000; Robin AI, Siegel PT, Moyer AW, et al., 1999). In generale, diverse revisioni della letteratura sull'efficacia della terapia familiare applicata a famiglie di adolescenti mettono in evidenza come interventi centrati sulla famiglia possono essere utili per: *schizofrenia, depressione, ADHD, ansia, anoressia, disturbi della condotta, abuso di sostanze e difficoltà scolastiche* (Diamond G, Josephson A, 2005; Goodman D, Happell B, 2006) e sembrano migliorare il funzionamento sociale, le relazioni genitori-figli e indurre una maggior soddisfazione rispetto al trattamento ricevuto (Sanford M, Boyle, McCleary L, et al., 2006).

5.2 L'efficacia della terapia familiare e di coppia per il trattamento della depressione

Come precedentemente sottolineato tutti gli studi esistenti (Barbato A, D'Avanzo B, 2007; Beach SRH, O'leary KD, 1992; Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM, 1996, 1997; Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH, 2003; Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, et al., 1989; Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, et al., 1991; Leff J, Vearnals S, Brewin CR, 2000; Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005; Teichman Y, Bar-El Z, Shor H, 1995) hanno dimostrato la superiorità della terapia familiare o di coppia, rispetto a farmacoterapia, CBT, IPT, CT o all'assenza di psicoterapia, nel migliorare le

relazioni all'interno del nucleo familiare di pazienti depressi. Fino ad ora la maggior parte degli studi evidenzia inoltre come la terapia familiare sia efficace quanto altre forme di terapia nel ridurre la sintomatologia depressiva, a parte 2 studi che hanno invece suggerito la superiorità della terapia familiare rispetto al farmaco (Leff J, Vearnals S, Brewing CR, et al., 2000) o alla CT (Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005). Quest'ultimo studio (Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005) sembra sottolineare l'utilità di intervenire sui deficit più salienti presentati dal paziente (eg: deficit cognitivi o difficoltà familiari) con trattamenti mirati. In questo caso, le condizioni definite di "match" (che accoppiavano deficit cognitivi a terapia cognitiva o deficit in ambito familiare con terapia familiare) quando comparate a quelle di "mismatch" (che non presupponevano questo accoppiamento) hanno mostrato una più alta proporzione di pazienti migliorati ed una significativa riduzione di idee suicidarie e sintomatologia depressiva eterovalutata. Il trattamento che includeva la terapia familiare, quando comparato alle altre condizioni, era associato ad una più elevata proporzione di pazienti migliorati e ad una significativa riduzione di sintomatologia depressiva e idee suicidarie (vedi Cap. 3 paragrafo 3.3).

The London Depression Inventory Trial (Leff J, Vearnals S, Brewing CR, et al., 2000) ha cercato di comparare l'efficacia della terapia di coppia rispetto alla terapia antidepressiva in pazienti depressi con un partner particolarmente critico. I risultati di questo studio rilevano come la terapia di coppia sia superiore alla farmacoterapia nel ridurre la sintomatologia depressiva secondo la Beck Depression Inventory (BDI) sia a fine terapia che nella fase di mantenimento.

Più nello specifico tutti gli RCT precedentemente citati suggeriscono che la terapia di coppia dovrebbe essere il trattamento di elezione nel caso in cui: 1) il partner depresso mostra una maggiore preoccupazione rispetto ai problemi coniugali che la propria depressione, 2) il partner con depressione identifica le

difficoltà di coppia come causa primaria della depressione o le colloca come temporalmente precedenti lo sviluppo dell'episodio depressivo, 3) le distorsioni cognitive e i sintomi "individuali" sembrano essere percepiti dal soggetto depresso come meno salienti rispetto alle difficoltà familiari (Beach RH, Fincham FD, Katz J, 1998). Un altro elemento importante che può guidare una più consapevole scelta del trattamento più adatto al paziente e la comprensione dei diversi meccanismi di azione alla base degli interventi prescelti. La terapia cognitiva ad esempio agisce prevalentemente attraverso la promozione di cambiamenti cognitivi, ristrutturando il modo che i soggetti hanno di interpretare diversi eventi e situazione (Whisman MA, 1993). I miglioramenti indotti dalla terapia di coppia sulla sintomatologia depressiva sembrano invece essere mediati dal miglioramento dell'ambiente familiare e delle relazioni con il coniuge. Gli studi condotti fino ad ora non danno alcuna indicazione affidabile sulla diversa risposta ai due trattamenti in base alla gravità della depressione. Gli studi appena citati presentano alcune limitazioni metodologiche che rendono la generalizzazione dei risultati difficoltosa: la maggior parte degli studi infatti è stata condotta su donne depresse, su popolazioni ambulatoriali e con soggetti che avevano un partner disposto a partecipare al trattamento.

5.2.1 C'è una relazione causale tra difficoltà di coppia e depressione?

Diversi studi (Beach SRH, Fichman FD, Katz J, 1998; Beach SRH, O'Leary KD, 1992; Burns DD, Sayers SL, Moras K, 1994; Fitchman FD, Beach SRH, Harold GT, et al., 1997), condotti su svariati campioni e durante differenti stages di sviluppo familiare, mettono in evidenza come la presenza di difficoltà coniugali sembrano essere in grado di predire un aumento dei

sintomi depressivi o la permanenza di questi ultimi per periodi più lunghi. Fichman e colleghi (1997) sottolineano come la relazione appena identificata sembra essere più accentuata nelle donne che negli uomini. Questi autori sembrano ipotizzare che alcuni pattern interpersonali negativi all'interno della coppia, come: eccessiva critica, abuso fisico o psicologico e la presenza di atteggiamenti che mettono in crisi la fiducia reciproca, sono in grado di indurre una diminuzione dell'autostima e della soddisfazione coniugale che a loro volta possono diventare fattori scatenanti della depressione o perpetuarne il mantenimento. Questo modello esplicativo è stato definito "marital discord model of depression".

Altri autori hanno invece postulato un'ipotesi opposta. La "stress generation theory" di Hammen C.L. (1991) sottolinea come i soggetti depressi tendano a generare intorno a sé elementi di stress aggiuntivi, soprattutto in ambito interpersonale, e che questi a loro volta possono indurre una esacerbazione della sintomatologia depressiva. Secondo Hammen quindi i sintomi depressivi possono indurre difficoltà coniugali, aumentare lo stress all'interno della coppia ed infine risultare in una scarsa soddisfazione della vita di coppia. Molti soggetti depressi infatti sembrano comunicare in modo più negativo con il partner, avere minori aspettative rispetto alla qualità di interazione col compagno, dimostrare minor capacità di problem solving e minor affidabilità di ruolo. Questi elementi possono far pensare come in realtà sia possibile che la scarsa soddisfazione che i pazienti depressi esprimono rispetto alle relazioni siano semplicemente un prodotto della sintomatologia depressiva (Biglan A, Rothlind J, Hops H, et al., 1989; Coyne JC, 1987; Coyne JC, Kahn J, Gotlib IH, 1997;). Alcuni autori (Joiner TE Jr, Alfano MS, Metalsky GI, 1993; Katz J, Beach SRH, 1997a,b; Joiner TE Jr, Metalsky GI, 1995;) hanno messo in evidenza come è più probabile che siano gli uomini, in risposta a continue richieste di rassicurazione da parte delle loro partner depresse, a riportare una più scarsa soddisfazione coniugale .

Un'altra spiegazione potrebbe essere che i soggetti depressi sono più vulnerabili rispetto a stressor familiari e questa vulnerabilità influisce sullo sviluppo ed il mantenimento del disturbo

5.3 Conclusioni

La moderna ricerca in campo biologico ha messo in evidenza come i fattori psicosociali siano in grado di influenzare l'espressione genetica e come i trattamenti psicosociali possano modificare l'attività cerebrale. All'interno di questa prospettiva l'ambiente familiare viene considerato come il più immediato gruppo di influenza psicosociale. La ricerca sul ruolo dell'ambiente familiare nel trattamento di diverse malattie, è divenuto un ambito di vasto interesse. La terapia familiare e di coppia si è dimostrata in grado di diminuire il numero di ricadute e di migliorare la qualità di vita di pazienti con: schizofrenia (o altri disturbi psicotici), disturbo bipolare, depressione maggiore, disturbo borderline di personalità e dipendenza da alcol. Per quanto riguarda il trattamento della depressione diversi RCT hanno dimostrato la parità di efficacia della terapia di coppia o familiare rispetto ad altre forme di intervento già riconosciute valide per il trattamento della depressione come la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia cognitiva e quella interpersonale. Se quindi da un lato la sintomatologia depressiva può essere trattata attraverso uno svariato numero di strategie psicoterapiche, dall'altro la terapia di coppia si è dimostrata l'unica in grado di indurre una modificazione nelle relazioni familiari e coniugali, elemento estremamente importante nella prognosi a lungo termine della depressione.

PARTE II

Componente sperimentale

Capitolo 6

Validazione italiana del Family Assessment Device (FAD)

6.1 Obiettivi

Questo studio si propone di descrivere i risultati ottenuti dalla somministrazione del FAD (vedi capitolo 2, paragrafo 2.1) ad un campione reclutato nella popolazione generale italiana.

Lo scopo di questo studio è di esaminare le proprietà psicometriche della versione Italiana del FAD. Nello specifico, l'obiettivo è quello di fornire informazioni empiriche circa l'attendibilità e la validità del FAD, versione italiana.

Conseguentemente ai risultati ottenuti, sarà possibile esprimere un giudizio circa la trasferibilità e l'utilità del sistema dimensionale sotteso dal FAD in senso transculturale: risultati soddisfacenti rispetto a quelli ottenuti tramite l'originale versione americana confermerebbero infatti l'affidabilità, la validità

e l'utilità dello stesso strumento all'interno della cultura italiana e porrebbero le basi per future applicazioni del FAD in ambito clinico.

6.2 Metodologia

Descrizione del campione

Il campione sperimentale coinvolto in questo studio comprende 317 soggetti, tutti con più di 12 anni, reclutati in modo casuale nel territorio di Bologna e Cesena.

In seguito alla somministrazione e alla raccolta dei questionari sono stati esclusi tutti i soggetti che avevano dichiarato di avere una malattia sia di tipo psichiatrico che medico. Tutti i soggetti sono stati informati ed edotti sugli scopi e le modalità della ricerca, ed hanno acconsentito a parteciparvi (consenso informato).

Tab. 1: Variabili sociodemografiche del campione (N=317)

		Media	DS
Età		41,90	13,48
		Frequenza	Percentuale
Sesso	Uomini	130	41
	Donne	187	59
Istruzione	Licenza elementare	9	2,8
	Licenza media	63	19,9
	Maturità	152	47,9
	Laurea	89	28,1
	Diploma post-laurea	4	1,3
Stato Civile	Celibe/nubile	104	32,8
	Coniugato/a	175	55,2
	Convivente	13	4,1
	Separato/a	7	2,2
	Divorziato/a	9	2,8
	Vedovo/a	9	2,8
Occupazione	Lavoratore	231	72,9
	Disoccupato	31	9,8
	Studente	55	17,4

I soggetti partecipanti allo studio hanno un'età media di 41,9 anni (SD=13,48). Il 59 % (187) del campione sono donne ed il restante 41% (130) sono uomini. La maggior parte del campione, il 47,9 % (152), ha conseguito la maturità, il 28,1% (89) è in possesso di una laurea, il 19,9 % (63) ha una licenza media, il 2,8% (9) ha conseguito la licenza elementare ed il rimanente 1,3 % (4) ha un diploma post-laurea. Più della metà del campione, il 55,2 % (175), è sposato, il 32,8% (104) dei soggetti è celibe o nubile, il 4,1% (13) convive, il 2,8% (9) è divorziato e un altro 2,8% (9) è vedovo, infine solo il 2,2% (7) è separato. Il 72,9% (231) del campione ha un'occupazione, il 17,4% (55) è studente ed il 9,8% (31) non ha un'occupazione (Tab. 1).

Procedura

Il FAD è stato presentato nella sua versione italiana (vedi cap. 2, sessione 2.1) comprensiva delle spiegazioni per la compilazione del questionario. L'ultima e definitiva versione italiana del FAD, è stata sviluppata da una stretta collaborazione tra gli autori della versione originale e la Dott.ssa Fabbri dell'Università di Bologna.

La modalità di somministrazione è stata quella cartacea, metodica carta e penna, e la compilazione è stata di tipo individuale.

A tutti i soggetti è stato chiesto di completare una scheda iniziale per la raccolta di alcune informazioni socio-demografiche quali:

- sesso;
- data di nascita;
- istruzione, classificata come segue: 1) nessun titolo di studio, 2) diploma di scuola elementare, 3) diploma di scuola media inferiore, 4) diploma di scuola media superiore, 5) laurea, 6) diploma di formazione post-laurea;
- stato civile, classificato come segue: 1) celibe/nubile, 2) coniugato/a, 3) convivente, 4) separato/a, 5) divorziato/a, 6) vedovo/a;

- occupazione, classificata come segue: 1) occupato, 2) non occupato, 3) studente;
- presenza di malattie mediche o psichiatriche di una certa gravità.

A tutti i soggetti è stato consegnato un modulo concernente la richiesta del consenso informato.

I punteggi dei soggetti sono stati conteggiati mediante l'uso del programma "FAD System" utilizzato anche nello scoring dei questionari Statunitensi.

I punteggi ottenuti ad ogni sottoscala del FAD sono stati calcolati sommando i punteggi relativi ad ogni singolo item (che varia da un minimo di 1 ad un massimo di 4) e dividendo poi il totale per il numero di item contenuti in ogni sottoscala. Il punteggio finale ad ogni sottoscala può così variare da un minimo di 1 (funzionamento familiare ottimale) ad un massimo di 4 (funzionamento familiare particolarmente problematico) (Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, et al., 2000). Per gli item formulati al negativo (vedi Tab.1, capitolo 2, sezione 2.1) il punteggio è stato invertito sottraendo a 5 il valore relativo alla risposta data, in questo modo 4 diviene 1, 3 diviene 2, 2 diviene 3 e 1 diviene 4. Operando questa trasformazione ad 1 corrisponde sempre un funzionamento familiare ottimale e a 4 un funzionamento familiare deficitario.

Analisi statistica

Per rendere possibile il paragone dei risultati ottenuti con il presente studio e quelli ottenuti dagli studi condotti negli USA con l'utilizzo della versione originale del FAD, le analisi statistiche effettuate sul campione italiano ricalcano il più fedelmente possibile quelle utilizzate dagli autori Statunitensi negli studi condotti sulle popolazioni generali. Data l'importanza di fornire informazioni circa le caratteristiche psicometriche dello strumento sono state eseguite analisi in grado di stimare l'attendibilità e la validità del FAD, quali:

(1) L'attendibilità è stata valutata attraverso il procedimento dello *Split-Half* e del *Test-Retes* (*r di Pearson*). La coerenza interna dello strumento è stata valutata attraverso la stima delle *Alfa di Cronbach* per ogni singola scala e per il FAD nel suo complesso. (2) Lo studio delle correlazioni fra item e sottoscale, e delle sottoscale tra loro (*r di Pearson*) ha costituito il lavoro preliminare all'applicazione dell'*Analisi Fattoriale*, metodo delle *Componenti Principali* (*rotazione Varimax*). (3) Per un sottogruppo (N=84) del campione originario (N=317) per cui sono state raccolte maggiori informazioni sociodemografiche e familiari è stata condotta un'*analisi multivariata della varianza* che ha permesso di studiare gli effetti dovuti a: ruolo familiare/generazione, numero di componenti familiari, sesso, età, stato civile, scolarità, occupazione e numero di figli, sulle sette 7 sottoscale del FAD.

6.3 Risultati

(1) **Attendibilità e coerenza interna**

Per valutare l'attendibilità test-retest del FAD esso è stato somministrato due volte agli stessi soggetti (N=39). Il tempo intercorso tra la prima e la seconda somministrazione è stato di un mese. La tabella 2 mostra come i punteggi ottenuti al FAD tendano ad essere stabili nel tempo come mostrato dalla significatività delle correlazioni (*r di Pearson*) tra la prima e la seconda somministrazione. Le scale AI, PS, AR, CM, e soprattutto la scala di GF mostrano livelli di correlazione estremamente elevati (che variano da un minimo di 0,755 ad un massimo di 0,799).

Tab. 2: Media, Deviazione Standard e coefficiente di correlazione test-rites (r di Pearson) per le 7 sottoscale del FAD (N=39)

Scale	Test		Retest		r.
	Media [^]	DS	Media [^]	DS	
PS	1,67	0,48	1,75	0,48	0,765*
CM	1,85	0,53	1,76	0,49	0,798*
RL	2,03	0,32	2,03	0,34	0,545*
AR	1,64	0,54	1,68	0,61	0,794*
AI	1,82	0,38	1,83	0,40	0,755*
BC	1,94	0,37	1,87	0,33	0,433*
GF	1,67	0,45	1,61	0,48	0,799*

[^] La media varia da 1 a 4, dove 1 riflette un funzionamento familiare ottimale e 4 un livello di funzionamento familiare molto deficitario.

* $p < 0.01$

La tabella 3 mostra il livello di attendibilità valutato attraverso l'utilizzo dello split-half.

Tab.3: Attendibilità split-half (Alfa di Cronbach) del FAD (N=317)

	Alfa di Cronbach	Numero di Item
Parte 1	0,87	30
Parte 2	0,88	30

La tabella 4 presenta il coefficiente di coerenza interna (Alfa di Cronbach), il punteggio medio, la deviazione standard e il numero di items, relativamente ad ogni scala del FAD. I coefficienti Alfa di Cronbach relativi alle sette sottoscale mostrano che il maggior livello di attendibilità si registra nella scala sul Funzionamento Generale (GF) (0,86). I livelli di affidabilità sono elevati anche per la scala Risposta Affettiva (AR)(0,81), Comunicazione (CM)(0,80) e Problem Solving (PS) (0,76). Le scale su Controllo Comportamentale (CC), Coinvolgimento Affettivo (AI) e Ruoli (RL) presentano invece coefficienti più

bassi (rispettivamente 0,57, 0,52 e 0,44). (Il FAD è composto da 60 items, ognuno dei quali appartiene ad una sola delle sette complessive scale).

Tab.4: Coerenza interna (Alfa di Cronbach), media e deviazioni standard delle 7 scale del FAD (N = 317)

Scale	Alfa di Cronbach	Media*	Deviazione Std.	Numero items
PS	0,76	1,90	0,47	6
CM	0,80	1,95	0,48	9
RL	0,44	1,90	0,36	11
AR	0,81	1,90	0,60	6
AI	0,52	1,86	0,45	7
BC	0,57	1,98	0,41	9
GF	0,86	1,83	0,48	12

*La media varia da 1 a 4, dove 1 riflette un funzionamento familiare ottimale e 4 un livello di funzionamento familiare molto deficitario.

La tabella 5 mostra il livello di attendibilità e di coerenza interna relativo all'intero questionario (0,93) e alle sottoscale (0,90).

Tab.5: Coerenza interna (Alfa di Cronbach) delle 7 sottoscale del FAD e attendibilità complessiva del FAD (N = 317)

	Alfa di Cronbach	Numero di Item
Sottoscale	0,90	7
Tutti gli item	0,93	60

(2) Correlazioni e analisi fattoriale

Come mostrato in tabella 6 lo studio delle correlazioni fra i singoli item (60) e le 7 sottoscale indica che gli item di ogni sottoscala sono generalmente maggiormente correlati alla scala a cui appartengono rispetto alle altre.

Tab.6: Correlazioni (r di Pearson) fra gli item e le 7 sottoscale del FAD (N=317)

	PS	CM	R	AR	AI	BC	GF
item 2	0,61	0,44	0,29	0,41	0,27	0,23	0,47
item 12	0,60	0,36	0,27	0,32	0,29	0,20	0,39
item 24	0,69	0,41	0,18	0,33	0,16	0,16	0,41
item 38	0,71	0,57	0,30	0,49	0,27	0,30	0,56
item 50	0,71	0,52	0,18	0,54	0,21	0,24	0,54
item 60	0,71	0,57	0,28	0,43	0,31	0,31	0,53
item 3	0,40	0,50	0,16	0,30	0,12	0,08	0,32
item 18	0,49	0,63	0,17	0,41	0,22	0,21	0,45
item 29	0,49	0,63	0,24	0,38	0,25	0,21	0,45
item 43	0,61	0,66	0,31	0,48	0,27	0,28	0,56
item 59	0,45	0,63	0,22	0,33	0,18	0,26	0,38
item 14	0,45	0,62	0,48	0,52	0,49	0,36	0,60
item 22	0,43	0,63	0,34	0,64	0,41	0,35	0,62
item 35	0,44	0,73	0,49	0,59	0,51	0,45	0,63
item 52	0,31	0,51	0,30	0,36	0,39	0,30	0,39
item 10	0,23	0,14	0,16	0,12	0,01	0,08	0,11
item 30	0,48	0,39	0,43	0,35	0,23	0,43	0,47
item 40	0,30	0,21	0,28	0,17	0,07	0,16	0,26
item 4	0,16	0,24	0,51	0,26	0,41	0,22	0,37
item 8	0,10	0,18	0,47	0,22	0,32	0,25	0,25
item 15	0,09	0,18	0,25	0,19	0,13	0,10	0,16
item 23	0,01	0,14	0,48	0,22	0,34	0,29	0,20
item 34	-0,04	0,03	0,32	0,00	0,18	0,06	0,05
item 45	0,20	0,28	0,44	0,28	0,32	0,18	0,30
item 53	0,20	0,30	0,55	0,40	0,40	0,33	0,39
item 58	0,14	0,24	0,50	0,29	0,45	0,29	0,28
item 49	0,65	0,62	0,29	0,74	0,28	0,26	0,64
item 57	0,49	0,51	0,24	0,67	0,25	0,19	0,51
item 9	0,44	0,59	0,41	0,78	0,49	0,37	0,69
item 19	0,32	0,44	0,33	0,65	0,29	0,26	0,49
item 28	0,35	0,46	0,48	0,72	0,50	0,44	0,58
item 39	0,46	0,45	0,43	0,73	0,53	0,36	0,56
item 5	0,14	0,13	0,09	0,08	0,11	0,04	0,06
item 13	0,23	0,19	0,19	0,21	0,27	0,04	0,24
item 25	0,28	0,34	0,34	0,35	0,57	0,39	0,44
item 33	0,38	0,43	0,48	0,47	0,69	0,36	0,50
item 37	0,42	0,50	0,47	0,53	0,71	0,41	0,58
item 42	0,36	0,44	0,53	0,52	0,73	0,41	0,55
item 54	0,20	0,29	0,38	0,26	0,64	0,29	0,32
item 20	0,41	0,28	0,23	0,26	0,22	0,41	0,39

item 32	0,12	0,06	-0,06	0,06	-0,08	0,30	0,03
item 55	0,35	0,22	0,06	0,18	0,00	0,42	0,22
item 7	0,22	0,33	0,43	0,34	0,51	0,57	0,48
item 17	0,25	0,30	0,37	0,29	0,38	0,60	0,37
item 27	0,05	0,19	0,33	0,27	0,26	0,47	0,24
item 44	0,06	0,15	0,21	0,12	0,26	0,55	0,15
item 47	0,13	0,25	0,32	0,25	0,38	0,47	0,31
item 48	0,18	0,19	0,24	0,17	0,29	0,51	0,21
item 6	0,52	0,51	0,34	0,46	0,32	0,32	0,59
item 16	0,51	0,48	0,29	0,39	0,38	0,19	0,61
item 26	0,64	0,62	0,26	0,68	0,28	0,23	0,66
item 36	0,53	0,54	0,33	0,45	0,40	0,30	0,64
item 46	0,56	0,44	0,28	0,34	0,30	0,32	0,51
item 56	0,57	0,50	0,15	0,55	0,14	0,13	0,54
item 1	0,35	0,43	0,44	0,53	0,52	0,40	0,64
item 11	0,39	0,43	0,33	0,43	0,33	0,33	0,61
item 21	0,34	0,51	0,38	0,60	0,44	0,41	0,66
item 31	0,37	0,53	0,50	0,57	0,56	0,41	0,70
item 41	0,35	0,46	0,53	0,50	0,57	0,53	0,66
item 51	0,43	0,51	0,53	0,62	0,62	0,39	0,72

Come evidente in tabella 7 le prime sei scale (PS, CM, R, AR, AI, BC) mostrano i maggiori livelli di correlazioni (che variano da un minimo di 0,53 ad un massimo di 0,72) con la settima scala sul Funzionamento Generale (GF). I coefficienti di correlazione tra le prime sei scale fra loro sono invece di moderata entità (da un minimo di 0,37 ad un massimo di 0,71). Tutti i coefficienti di correlazione hanno una significatività superiore allo 0.0001.

Tab.7: Correlazioni (r di Pearson) fra le 7 sottoscale del FAD (N=317)

	PS	CM	R	AR	AI	BC	GF
PS							
CM	0,71*						
R	0,37*	0,48*					
AR	0,63*	0,72*	0,51*				
AI	0,38*	0,51*	0,60*	0,55*			
BC	0,37*	0,45*	0,48*	0,44*	0,49*		
GF	0,72*	0,79*	0,58*	0,81*	0,65*	0,53*	

* $p < 0.0001$

L'analisi fattoriale è stata condotta utilizzando il metodo delle Componenti Principali con rotazione Varimax, limitando il numero delle componenti a 6. La scelta di limitare l'analisi a 6 componenti è stata fatta in quanto le prime sei scale del FAD sono state costruite per valutare costrutti distinti tra loro che fanno riferimento alle 6 dimensioni principali del MMFF. La settima scala sul Funzionamento Generale (GF) è invece formata da item misti (originariamente provenienti da tutte le altre 6 scale) che hanno lo scopo di cogliere il livello di funzionamento familiare complessivo. Questo procedimento è stato inoltre adottato per l'analisi fattoriale condotta negli Stati Uniti e questa scelta ha perciò permesso un miglior confronto dei nostri risultati con la versione originale del FAD.

La tabella 8 mostra come l'estrazione delle 6 componenti principali spieghi il 45% della varianza totale e come, il primo fattore da solo, spieghi comunque la maggior parte di essa, presentando una percentuale di varianza spiegata pari al 25%, prima della rotazione, e pari al 14% dopo la rotazione.

Tab. 8: Estrazione delle componenti principali e varianza spiegata. (N = 317)

Com	Varianza totale spiegata								
	Autovalori iniziali			Estrazione componenti principali			Rotazione componenti principali		
	Totale	% V. Spiegata	% V. Cumulata	Totale	% V. Spiegata	% V. Cumulata	Totale	% V. Spiegata	% V. Cumulata
1	15,02	25,03	25,03	15,02	25,03	25,03	8,69	14,48	14,48
2	4,69	7,81	32,84	4,69	7,81	32,84	8,32	13,87	28,35
3	2,19	3,65	36,49	2,19	3,65	36,49	4,04	6,73	35,08
4	2,00	3,33	39,82	2,00	3,33	39,82	2,10	3,50	38,58
5	1,77	2,95	42,77	1,77	2,95	42,77	2,08	3,47	42,05
6	1,59	2,65	45,42	1,59	2,65	45,42	2,02	3,37	45,42

Rotazione Varimax

La tabella 9 riporta la matrice delle saturazioni fattoriali dopo la rotazione Varimax e mostra come la prima componente sia particolarmente correlata alle dimensioni di Problem Solving (PS), Comunicazione (CM), ed agli item del Funzionamento Generale (GF) che fanno riferimento alle dimensioni di

Problem Solving (PS) e Comunicazione (CM) (itms 26, 46, 56). La seconda componente sembra particolarmente correlata alla dimensione del Coinvolgimento affettivo (CA) e, anche se in maniera inferiore, alle scale del Controllo Comportamentale (BC) e dei Ruoli (RL). Anche in questo caso, la maggior parte degli item appartenenti alla scala del Funzionamento Generale (GF) che risultano particolarmente correlati a questa componente fanno riferimento alla dimensioni del Coinvolgimento Affettivo (AI) (item 31 e 51). La terza componente sembra invece distribuirsi prevalentemente sulla dimensione Risposta Affettiva (AR), Funzionamento Generale (GF) e, anche se in maniera inferiore, sulla dimensione Comunicazione (CM).

Tab.9: Matrice delle saturazioni fattoriali, dopo rotazione Varimax ($N= 317$)

		Componenti					
	items	1	2	3	4	5	6
PS	2	0,45	0,14	0,15	0,23	0,27	-0,17
	12	0,54	0,21	-0,09	-0,02	0,10	-0,06
	24	0,60	0,03	0,06	0,04	0,11	0,04
	38	0,62	0,13	0,24	0,20	0,01	0,08
	50	0,59	0,05	0,34	0,11	-0,02	0,05
	60	0,66	0,19	0,09	0,06	0,05	0,10
CM	3	0,45	0,02	0,10	0,18	0,01	-0,09
	18	0,59	0,04	0,20	-0,05	0,06	0,11
	29	0,58	0,13	0,11	-0,05	0,00	0,03
	43	0,68	0,17	0,13	0,07	0,01	-0,05
	59	0,55	0,10	0,16	-0,04	-0,09	0,33
	14	0,36	0,45	0,27	0,00	0,17	-0,09
	22	0,27	0,30	0,65	0,06	0,07	-0,04
	35	0,37	0,50	0,36	0,05	0,07	0,08
52	0,22	0,37	0,13	0,21	0,00	0,02	
RL	10	0,31	-0,07	-0,03	-0,06	-0,02	0,38
	30	0,46	0,21	0,01	0,27	0,24	0,26
	40	0,34	0,10	-0,12	0,35	0,00	-0,07
	4	0,02	0,45	0,11	0,19	0,18	-0,36
	8	0,06	0,41	0,15	-0,04	0,15	-0,08
	15	0,02	-0,15	-0,11	-0,47	0,00	0,21
	23	0,15	0,55	0,11	-0,21	0,01	0,06
34	-0,03	0,23	-0,12	-0,38	0,29	-0,03	

	45	0,16	0,35	0,06	0,04	0,15	-0,33
	53	0,12	0,50	0,13	0,09	0,06	0,06
	58	0,02	0,64	0,02	-0,20	-0,16	-0,05
AR	49	0,66	0,12	0,42	0,17	-0,10	-0,05
	57	0,49	0,11	0,42	0,20	-0,21	-0,05
	9	0,30	0,40	0,64	-0,01	0,02	-0,04
	19	0,20	0,22	0,58	-0,09	0,17	-0,03
	28	0,18	0,57	0,42	0,03	-0,08	0,11
	39	0,35	0,53	0,25	0,25	-0,23	-0,07
AI	5	0,33	0,02	-0,16	-0,07	-0,31	0,09
	13	-0,20	-0,18	0,04	-0,38	0,02	0,56
	25	0,21	0,44	0,06	0,23	0,16	0,00
	33	0,30	0,63	0,04	-0,09	-0,02	-0,01
	37	0,33	0,70	0,08	0,13	-0,13	-0,03
	42	0,29	0,75	0,01	0,02	-0,11	0,00
	54	0,12	0,54	-0,10	-0,01	0,21	-0,02
BC	20	0,39	0,04	0,07	-0,04	0,62	0,03
	32	0,05	-0,15	0,01	0,67	0,07	0,04
	55	0,35	-0,03	-0,02	0,39	0,10	0,38
	7	0,06	0,54	0,19	-0,02	0,37	0,07
	17	0,01	0,45	0,17	0,26	0,36	0,22
	27	-0,11	0,49	0,22	-0,12	-0,08	0,30
	44	-0,02	0,30	0,01	0,07	0,22	0,57
	47	0,06	0,45	0,05	-0,08	0,21	0,15
48	0,08	0,44	-0,09	0,07	-0,09	0,49	
GF	6	0,55	0,21	0,15	0,10	0,05	0,00
	16	0,64	0,20	0,00	-0,08	0,13	-0,18
	26	0,63	0,06	0,50	0,00	-0,01	-0,04
	36	0,60	0,27	0,04	0,18	0,15	-0,07
	46	0,57	0,15	-0,01	-0,02	0,41	-0,01
	56	0,59	-0,02	0,42	0,03	-0,21	0,03
	1	0,15	0,49	0,37	0,10	0,24	-0,13
	11	0,19	0,25	0,50	0,08	0,37	0,05
	21	0,17	0,42	0,58	0,13	0,02	0,03
	31	0,22	0,61	0,35	-0,01	0,07	-0,07
	41	0,16	0,58	0,27	0,16	0,35	0,04
51	0,26	0,68	0,28	0,14	-0,02	-0,09	

Lo stesso fenomeno è evidenziato in modo più riassuntivo nella matrice delle correlazioni tra fattori e sottoscale (Tab. 10).

Tab.10: Matrice delle correlazioni (r di Pearson) tra le 6 componenti e le 7 sottoscale della FAD. (N = 317)

	Componenti principali					
	1	2	3	4	5	6
PS	0,85	0,18	0,20	0,13	0,14	0,02
<i>p.</i>	**	**	**	*	*	0,731
CM	0,69	0,37	0,41	0,06	0,06	0,04
<i>p.</i>	**	**	**	0,320	0,272	0,500
RL	0,25	0,71	0,09	0,03	0,18	-0,06
<i>p.</i>	**	**	0,100	0,628	**	0,289
RA	0,50	0,45	0,64	0,10	-0,08	-0,04
<i>p.</i>	**	**	**	0,063	0,162	0,476
CA	0,31	0,82	0,09	0,01	0,15	-0,11
<i>p.</i>	**	**	0,130	0,814	**	0,053
CC	0,17	0,55	0,16	0,31	0,35	0,48
<i>p.</i>	**	**	**	**	**	**
GF	0,69	0,52	0,48	0,10	0,21	0,06
<i>p.</i>	**	**	**	0,078	**	0,301

** $p < 0.01$

* $p < 0.05$

(3) Analisi della Varianza

Per un sottogruppo (N=84) del campione originario (N=317) per cui sono state raccolte maggiori informazioni sociodemografiche e familiari è stata condotta un'analisi multivariata della varianza che ha permesso di studiare gli effetti dovuti a: ruolo familiare/generazione, numero dei componenti familiari, sesso, età, stato civile, scolarità, occupazione e numero dei figli sulle sette 7 sottoscale del FAD.

Attraverso la variabile “ruolo familiare/generazione” i soggetti sono stati suddivisi in base alla generazione ed al sesso (nonno/a, padre/madre e figlio/a).

La variabile “stato familiare” è stata introdotta per definire il tipo di legame che intercorre fra i membri della famiglia ma che non rientra nella definizione di stato civile. Essa comprende: “convivenza” (in quanto non tutte le coppie genitoriali sono sposate), “numero di matrimoni” (non tutti i coniugati, lo sono

per la prima volta) e “celibi/nubili a casa con i genitori” (per distinguere i figli celibi/nubili che ancora risiedono col nucleo familiare di origine).

Il campione (Tab.11) è costituito da 23 famiglie per un totale di 84 soggetti, 45 donne (53,6%) e 39 uomini (46,6%) con un età media di 37.4 anni (SD = 17.3). Il numero medio dei componenti del nucleo familiare è pari a 3.8 (SD = 0.5), mentre il numero medio di figli in ogni famiglia è pari a 1 (SD = 1). Il campione comprende 40 figli (47,6%), 23 madri (27,4) e 21 padri (25%). Degli 84 soggetti, 44 sono celibi/nubili (52,4%), 39 coniugati (46,4%) e un vedovo (1,2%). 40 soggetti sono nubili/celibi e vivono a casa con i genitori (47,6%) altri 40 sono al primo matrimonio (47,6%) e 4 soggetti risultano conviventi (4,8%). La maggior parte dei soggetti ha conseguito la maturità (33,3%)o la laurea (33,3%) oppure sono in possesso della licenza media (29,8%). La maggioranza dei soggetti ha un lavoro retribuito (44%) oppure è studente (36,9%).

Tab. 11: Caratteristiche sociodemografiche del campione (N=84)

	Media	DS	Minimo	Massimo
Età	37,4	17,3	13	65
N° figli	1,0	1,0	0	3
N° componenti	3,8	0,5	3	5

	Frequenza	Percentuale
Sesso		
Uomini	39	46,4
Donne	45	53,6
Ruolo familiare/generazione		
Padre	21	25
Madre	23	27,4
Figlio/a	40	47,6
Totali	84	100
Stato Civile		
Celibe/Nubile	44	52,4
Coniugato/a	39	46,4
Vedovo/a	1	1,2
Stato Familiare		
Convivente	4	4,8
Primo matrimonio	40	47,6
Non sposati a casa con i genitori	40	47,6

Istruzione		
Licenza elementare	1	1,2
Licenza media	25	29,8
Maturità	28	33,3
Laurea	28	33,3
Specializzazione	2	2,4
Occupazione		
Lavoro retribuito	37	44,0
Casalinga	6	7,1
Pensionato/a	8	9,5
Disoccupato/a	1	1,2
In cerca occupazione	1	1,2
Studente	31	36,9

Delle analisi effettuate sono state riportate esclusivamente quelle che hanno mostrato risultati significativi (vedi tabella 12). In questa sezione è importante ricordare che più il punteggio ad una data scala è elevato e maggiori sono le problematiche di funzionamento familiare.

Per quanto riguarda le differenze relative alla *variabile sesso*, esiste una differenza significativa ($p=0,04$, $F=4,18$) tra maschi e femmine nella scala del Coinvolgimento Affettivo (AI) (Tab.12). La tabella 13 mostra come, a questa scala, le femmine (media = 1.77) tendano a riportare un punteggio inferiore rispetto ai maschi (media = 1.99). Per quanto riguarda invece le differenze relative alla *variabile ruolo familiare/generazione* nelle sette sottoscale, esiste una differenza significativa tra genitori e figli nella scala di Problem Solving (PS) ($p = 0,03$; $F = 4.86$) e Comunicazione (CM) ($p=0,03$; $F=4.99$) (Tab.12). La tabella 14 mostra come i genitori tendano infatti ad riportare punteggi più bassi in entrambe le scale di PS e CM (media=1,89; 1,89 rispettivamente) rispetto ai figli (media=2,12; 2,10 rispettivamente).

La tabella 12 mostra come l'*interazione fra sesso e generazione* non è, invece, significativa e, conseguentemente, le differenze esistenti all'interno del gruppo genitori distinti in maschi e femmine, non sono significativamente diverse da quelle esistenti all'interno del gruppo figli, sempre distinti in maschi e femmine.

Tab.12: Anova delle differenze per le variabili sesso e generazione all'interno delle 7 sottoscale del FAD ($N = 84$)

<i>Variabile</i>	<i>Scala</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
SESSO	PS	1,80	0,07	0,797
	CM	1,80	2,66	0,107
	RL	1,80	0,56	0,455
	RA	1,80	1,77	0,188
	CA	1,80	4,18	0,044
	CC	1,80	1,97	0,165
	FG	1,80	1,13	0,291
GENERAZIONE	PS	1,80	4,86	0,030
	CM	1,80	4,99	0,028
	RL	1,80	0,34	0,560
	RA	1,80	2,49	0,119
	CA	1,80	0,88	0,351
	CC	1,80	0,00	0,961
	FG	1,80	2,12	0,149
SESSO x GENERAZIONE	PS	1,80	0,10	0,750
	CM	1,80	1,35	0,248
	RL	1,80	1,08	0,301
	RA	1,80	0,00	0,972
	CA	1,80	0,03	0,866
	CC	1,80	1,01	0,319
	FG	1,80	0,39	0,533

In tabella 13 e 14 vengono riportati i valori delle 2 variabili risultate significative all'analisi della varianza (vedi Tab. 12). In tabella 13 vengono presentati i valori medi di maschi e femmine, mentre la tabella 14 mostra i punteggi medi ottenuti dalla generazione dei genitori e da quella dei figli alle 7 scale del FAD.

Tab.13: Media di maschi e femmine alle 7 sottoscale del FAD ($N = 84$)

Scala	Sesso	Media	Errore standard
PS	M	1,99	0,076
	F	2,02	0,070
CM	M	2,07	0,066
	F	1,92	0,061
RL	M	2,11	0,049
	F	2,06	0,045

RA	M	2,17	0,105
	F	1,98	0,098
CA	M	1,98	0,075
	F	1,77	0,070
CC	M	2,00	0,060
	F	1,89	0,056
FG	M	1,95	0,080
	F	1,83	0,074

Tab.14: Media di genitori e figlie alle 7 scale del FAD ($N = 84$)

Scala	Ruolo	Totale		Maschi	Femmine
		Media	Errore standard		
PS	figli	2,12	0,075	2,09	2,15
	genitori	1,89	0,071	1,90	1,89
CM	figli	2,10	0,065	2,12	2,08
	genitori	1,89	0,062	2,02	1,77
RL	figli	2,06	0,048	2,05	2,07
	genitori	2,10	0,046	2,16	2,04
RA	figli	2,19	0,104	2,29	2,09
	genitori	1,96	0,099	2,06	1,87
CA	figli	1,83	0,075	1,93	1,73
	genitori	1,93	0,071	2,04	1,81
CC	figli	1,94	0,059	1,96	1,92
	genitori	1,94	0,056	2,04	1,85
FG	figli	1,97	0,079	1,99	1,94
	genitori	1,81	0,075	1,90	1,72

La tabella 15 mostra come l'effetto della variabile "numero di componenti del nucleo familiare" è risultata significativa rispetto a tutte le 7 sottoscale del FAD.

Considerando che vi sono solo 4 famiglie composte da più di 4 membri abbiamo scelto di considerare esclusivamente le famiglie composte da 3 (17 famiglie) o da 4 (63 famiglie) membri. Come mostrato in tabella 16, in tutte le sottoscale i punteggi sono più elevati per le famiglie a quattro componenti familiari rispetto a quelle a tre componenti, ad eccezione della scala sui ruoli (RL), dove accade il contrario, sebbene i punteggi siano all'incirca equivalenti.

Tab.15: Anova delle differenze per la variabile “numero di componenti del nucleo familiare” all’interno delle 7 sottoscale del FAD (N=84)

	Scala	df	F	Sig
N°COMPONENTI	PS	2,81	5,25	0,007
	CM	2,81	7,00	0,002
	RL	2,81	4,54	0,014
	RA	2,81	3,92	0,024
	CA	2,81	4,57	0,013
	CC	2,81	4,01	0,022
	FG	2,81	6,97	0,002

Tab.16: Anova relativa alle differenze alle 7 sottoscale del FAD per la variabile “numero componenti nucleo familiare” (N = 84)

<i>Scale</i>	<i>N° Componenti familiari</i>	<i>Media</i>	<i>Errore Std</i>	<i>N</i>
PS	3	1,88	0,110	17
	4	2,08	0,057	63
	5	1,38	0,227	4
CM	3	1,91	0,097	
	4	2,05	0,050	
	5	1,30	0,200	
RL	3	2,14	0,070	
	4	2,09	0,037	
	5	1,66	0,145	
RA	3	1,89	0,155	
	4	2,16	0,080	
	5	1,33	0,319	
CA	3	1,85	0,111	
	4	1,92	0,057	
	5	1,22	0,228	
CC	3	1,89	0,088	
	4	1,98	0,045	
	5	1,47	0,180	
FG	3	1,83	0,113	
	4	1,95	0,059	
	5	1,06	0,233	

6.4 Discussione

I risultati di questo studio pongono in risalto le proprietà psicometriche del FAD. In accordo con i precedenti studi sulla versione originale del FAD (Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, 1983; Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1988; Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985; Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990) i dati ottenuti attraverso lo studio dell'attendibilità Test-Retest mettono in evidenza come il FAD, nella sua versione italiana, sia in grado di fornire valutazioni stabili nel tempo (r da 0,43 a 0,79; $p < 0.01$) (Tab. 2). L'attendibilità valutata attraverso il metodo dello Split-Half rileva quanto il FAD presenti un'ottima omogeneità relativa agli item che lo compongono (α prima parte = 0,87; α seconda parte = 0,88) (tab. 3). Il FAD ha inoltre dimostrato un adeguato grado di coerenza interna. Utilizzando il valore 0,70 come criterio standard per l'attendibilità di uno strumento (Nunnally J, 1978), possiamo vedere come l'attendibilità complessiva del FAD relativa alle 7 sottoscale è estremamente elevata ($\alpha = 0,90$) ed è addirittura maggiore se consideriamo il livello di coerenza intera di tutti i 60 item che lo compongono ($\alpha = 0,93$) (Tab.5). Per quanto riguarda la coerenza interna relativa alle singole scale, quattro scale mostrano una buona coerenza interna con un Alfa che varia da 0,86 a 0,76. Come per la versione originale (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990), anche nel nostro studio la scala sui Ruoli ($\alpha = 0,47$), è quella che presenta il più basso indice di coerenza interna (Tab. 4). Le scale concernenti Controllo Comportamentale e Coinvolgimento Affettivo presentano livelli di attendibilità intermedi.

I dati appena descritti, ottenuti attraverso il test-retest, lo split-half e i coefficienti alfa sembrano ricalcare abbastanza fedelmente quelli in precedenza ottenuti con la versione originale del FAD (Epstein NB, Baldwin LM & Bishop DS, 1983; Miller IW, Epstein NB, Bishop D, et al., 1985;

Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990), mettendo in evidenza le potenzialità del questionario di fornire valutazioni stabili e coerenti. La validità di criterio dello strumento è stata indagata estensivamente nella sua versione originale mettendo in evidenza moderata correlazione con altri strumenti di autovalutazione del funzionamento della famiglia come il FUI e il FACES (validità concorrente). Inoltre, utilizzando come misura criterio le valutazioni di clinici esperti nell'assessment della famiglia, il FAD ha dimostrato una buona validità discriminante: i punteggi del FAD sono infatti in grado di discriminare tra famiglie sane o problematiche quanto le valutazioni fatte dal clinico in tutte e 7 le dimensioni del MMFF (Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985).

Lo studio delle correlazioni fra gli item (Tab. 6) indica che, effettivamente, la maggior parte degli item, presentano le più elevate correlazioni proprio con le scale a cui essi appartengono. Per quanto riguarda le correlazioni delle 7 scale tra loro (Tab. 7), in accordo con i risultati relativi alla versione originale (Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, et al., 1988; Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990; Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, et al., 1985), è possibile notare che le prime sei scale, oltre a presentare fra loro correlazioni che variano da 0,4 a 0,7, sono tutte fortemente correlate alla settima scala del Funzionamento Generale (Tab.7). Questi dati sottolineano moderate correlazioni tra le scale di PS, CM, AI, AR, BC, RL ed elevate interrelazioni tra queste ultime e la scala relativa al Funzionamento Generale. Le moderate correlazioni tra le prime 6 scale sono analoghe a quelle risultanti dagli studi condotti con l'utilizzo della versione originale del FAD (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990) ed hanno posto la necessità per una serie di riflessioni. Questi moderati livelli di correlazione tra le scale sembrano infatti in conflitto con la tradizionale pratica psicometria che sostiene la necessità che le scale di uno strumento siano tra loro assolutamente indipendenti. Gli autori (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, et al., 1990) della versione originale del

FAD sottolineano comunque che “..nel caso del FAD, i presupposti per sostenere che diversi aspetti del funzionamento familiare debbano essere tra loro totalmente indipendenti non sussistono, ... ci si aspetta infatti che i problemi in una particolare area di funzionamento possano influenzarne altre e viceversa ... la totale indipendenza delle scale sembra quindi una richiesta illogica per uno strumento che valuta un complesso funzionamento familiare”. Le scale della FAD infatti, nonostante non siano totalmente indipendenti, lo sono sufficientemente da essere distinte fra loro e riflettono così un pacato tentativo di stabilire un equilibrio tra le richieste della psicometria e quelle dettate dalla pratica clinica. Le elevate e significative correlazioni tra la scala di Funzionamento Generale e le altre 6 scale confermano le potenzialità riassuntive di tale scala. Se a ciò si aggiunge l’elevato livello di attendibilità dimostrato dalla scala (*alfa* =0,88) (Tab.4), è lecito affermare che il punteggio relativo alla scala sul Funzionamento Generale è effettivamente un indice rappresentativo del livello di funzionamento familiare complessivo.

L’analisi fattoriale mostra come l’estrazione delle 6 componenti principali spieghi il 45% della varianza totale e come il primo fattore, da solo, spieghi comunque la maggior parte di essa, presentando una percentuale di varianza spiegata pari al 25%, prima della rotazione, e pari al 14% dopo di essa. La rotazione delle componenti ha infatti permesso una più uniforme distribuzione della varianza tra la prima componente (14.5%), la seconda (13.9 %) e la terza (6.7%) (Tab. 8). La percentuale di varianza spiegata all’interno del nostro campione (45%), (Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner G I, 1990) sembra essere in linea con quella rilevata (37% di varianza spiegata) attraverso l’analisi fattoriale effettuata sulla versione Statunitense. Inoltre se si confronta questa percentuale (45%) con la percentuale di varianza spiegata ottenuta tramite il Metodo delle Componenti Principali nello studio di altri questionari autovalutativi sulla famiglia come il Family Concept Test (30% di varianza spiegata) (Van derVeen F, Olson R, 1981) e il Family Environment

Scale (34% di varianza spiegata) (Fowler R, 1981) i nostri dati risultano decisamente soddisfacenti. La matrice delle saturazioni fattoriali dopo la rotazione Varimax (Tab. 9) mostra come la prima componente si leghi particolarmente alle dimensioni di Problem Solving (PS), Comunicazione (CM), ed agli item del Funzionamento Generale (FG) che fanno riferimento alle dimensioni di Problem Solving (PS) e Comunicazione (CM) (items 26, 46, 56). La seconda componente sembra particolarmente legata alla dimensione del Coinvolgimento affettivo (AI) e, anche se in maniera inferiore, alle scale del Controllo Comportamentale (BC) e dei Ruoli (RL). Anche in questo caso, la maggior parte degli item appartenenti alla scala del Funzionamento Generale (GF) che risultano particolarmente correlati a questa componente fanno riferimento alle dimensioni del Coinvolgimento Affettivo (AI) (item 31 e 51). La terza componente sembra invece distribuirsi prevalentemente sulla dimensione Risposta Affettiva (AR), Funzionamento Generale (GF) e, anche se in maniera inferiore, sulla dimensione Comunicazione (CM). Lo stesso fenomeno è rintracciabile nella matrice delle correlazioni tra fattori e sottoscale (Tab. 10). Questi dati mettono in evidenza che, anche se non c'è una diretta corrispondenza tra le 6 dimensioni del MMFF e le componenti identificate dall'analisi fattoriale, tutte le dimensioni di funzionamento familiare sembrano influenzare in modo abbastanza equo le componenti che spiegano la maggior parte della varianza. Nel complesso, dunque, la percentuale di varianza spiegata, mostra come l'apparato strutturale della FAD, versione italiana, sia esaustivamente rappresentativo del modello di riferimento teorico ad esso sotteso, ossia il Modello McMaster di Funzionamento Familiare.

Dopo aver sondato e confermato le proprietà psicometriche del FAD, l'applicazione dell'analisi della varianza alle variabili in studio, è stata volta a fornire informazioni circa l'utilità di applicazione del questionario. L'Anova è stata applicata alle variabili sociodemografiche e familiari, per verificare se e

in che misura esse influiscano a creare differenze significative nei punteggi relativi alle dimensioni sul funzionamento familiare postulate dal modello di riferimento teorico e decretare, così, l'esistenza di reali effetti. I risultati ottenuti, dimostrano che il FAD è risultato utile e in grado di evidenziare effetti significativi (Tab.12) relativamente alle variabili sesso (Tab.13), generazione (Tab.14) e numero dei componenti il nucleo familiare (Tab. 15, 16). Per quanto riguarda il sesso, esiste una differenza significativa ($p=0,04$; $F=4,17$) fra uomini e donne nella percezione del funzionamento familiare per quanto riguarda la dimensione sul Coinvolgimento Affettivo: gli uomini infatti sembrano avere una percezione più negativa del livello di coinvolgimento presente in famiglia ossia del grado in cui la famiglia, nel suo complesso, mostra interesse e conferisce valore alle attività e agli interessi di ogni componente. Alcuni studi sembrano sottolineare come le donne spesso si lamentino dello scarso coinvolgimento dei padri nei confronti dei loro figli o della famiglia in generale. La percezione da parte degli uomini di uno scarso coinvolgimento emotivo in famiglia potrebbe essere spiegata da un loro minor coinvolgimento in questa parte di vita familiare essenzialmente emotiva (Freitas WM, Coelho EA, da Silva AT, 2007). Per quanto riguarda la variabile generazione (tab. 14) esiste una differenza significativa fra figli e genitori in relazione alle dimensioni di Comunicazione ($p= 0,03$; $F = 4,86$) e Problem Solving ($p = 0,03$; $F = 4.99$). I figli infatti sembrano avere meno fiducia nelle abilità della famiglia di superare le difficoltà in modo rapido ed efficiente e soprattutto in modo tale da preservare un efficace funzionamento familiare. Anche per la dimensione della Comunicazione i figli sembrano essere più scettici rispetto alla possibilità di comunicare in modo chiaro e diretto sia nell'area strumentale che affettiva con gli altri membri della famiglia. Questo fenomeno potrebbe essere spiegato dalla spesso comune tendenza riscontrata nei giovani e soprattutto negli adolescenti di comunicare più agevolmente al di fuori della famiglia, soprattutto in un periodo in cui il processo di separazione-

individuazione dai genitori sembra essere cruciale (Meeus W, Iedema J, Maassen G, Engels R, 2005). Per quanto riguarda la variabile “numero dei componenti il nucleo familiare”, essa ha dimostrato avere effetti significativi in relazione a tutte le dimensioni indagate dal Modello McMaster (Tab.15, 16). I dati sottolineano come le famiglie composte da 4 membri percepiscano il loro funzionamento familiare, in tutte le dimensioni previste dal modello, come più problematico rispetto a quello delle famiglie composte da solo 3 membri. Questo dato potrebbe essere spiegato dal fatto che all’interno di famiglie numerose la gestione della quotidianità (comprendente un innumerevole serie di attività e compiti che devono essere portati avanti da tutti i membri della famiglia) e dell’unità familiare (in termini sia emotivi che pratici) risulta essere più difficoltosa. Un altro elemento che può aver influenzato questo dato è il fatto che nel nostro campione le famiglie con 4 membri sono generalmente composte da un figlio, i due genitori e da un nonno/a. E’ quindi possibile che la convivenza di tre generazioni sotto lo stesso tetto possa in qualche modo incrementare le difficoltà di funzionamento familiare.

I dati esposti presentano alcuni limiti, primo fra tutti la scarsa numerosità del campione che limita la generalizzazione dei risultati. Sarebbe quindi opportuno continuare la ricerca nel tentativo di reclutare un maggior numero di soggetti sia all’interno della popolazione generale che in ambito medico e psichiatrico. L’estensione del campione ad una popolazione clinica permetterebbe inoltre un nuovo confronto con i dati Statunitensi e di sviluppare cut-off adeguati alla popolazione italiana. Ulteriori indagini sarebbero utili per riconsiderare la coerenza interna della dimensione dei Ruoli, dimensione che, anche negli USA presenta i livelli più bassi di attendibilità. Auspicabili sarebbero inoltre studi che testano nuovamente, in territorio italiano, la validità concorrente e discriminante del FAD.

6.5 Conclusioni

Il FAD presenta una serie di caratteristiche che danno prova della sua attendibilità e praticità. Oltre ad essere di tipo autovalutativo, quindi di facile somministrazione, è economico, poiché assume le sembianze di un semplice questionario carta e penna, e richiede poco tempo per la sua compilazione (una ventina di minuti). Esso permette una valutazione della famiglia sulla base di un preciso modello di riferimento teorico, il Modello McMaster di Funzionamento Familiare, la cui applicazione è risultata utile in numerosi studi condotti sia in ambito clinico (psichiatria, medicina generale e pediatria), che della ricerca sperimentale.

Il FAD accorda la possibilità di ottenere una visione globale della famiglia, e ne fornisce una valutazione esaustiva, valida ed affidabile. Il FAD ha infatti dimostrato una buona validità (concorrente e discriminante), attendibilità e coerenza interna.

Capitolo 7

Funzionamento familiare e sue relazioni con benessere psicologico e sofferenza psicopatologica nella popolazione generale

7.1 Introduzione

Fino ad una decina di anni fa la maggior parte degli approcci teorici riguardanti il benessere avevano un orientamento di tipo prevalentemente individualistico (Taylor SE, 1983; Diener E, 1984; Headey B, Wearing A, 1991; Magnus K, Diener E, Fujita F, et al., 1993): il benessere “..è imprigionato in una cornice squisitamente soggettiva, considerato come un aspetto ed un obiettivo del funzionamento individuale, riferito ad un individuo astorico e avulso dal contesto in cui vive ed opera” (Zani B, Cicognani E,

1999). Il contesto è stato per molto tempo considerato come puro sfondo, le altre persone e le relazioni sociali sono state assunte, in modo generico, come fonte di sostegno sociale che il singolo individuo poteva utilizzare in situazioni difficili. Di recente molte riflessioni critiche sono emerse nei confronti di tali approcci individualistici, a favore di concezioni interazioniste e sociocontestuali che pongono al centro delle loro analisi un soggetto che cerca di attribuire un significato a quanto gli accade sulla base di conoscenze condivise. Questa prospettiva sottolinea come i soggetti non siano singole unità che si limitano a reagire a situazioni problematiche o stressanti, ma persone che agiscono seguendo scopi e progetti nell'ambito di sistemi di interazione interpersonale, cooperativa o competitiva (Amerio P, 1996; Emiliani F, Zani B, 1998). L'idea che il benessere abbia origine da un rapporto ottimale fra soggetto e contesto è ampiamente condivisa in particolari settori della psicologia. E' ampiamente documentato, in letteratura (Berkman LF, SymeSL, 1978; Argyle M, Crossland J, 1987), che le relazioni sociali, soprattutto quelle più strette (con il coniuge, i familiari e gli amici) hanno un'influenza fondamentale sul benessere e la salute fisica e psichica del singolo individuo. Molti studi sottolineano come difficoltà coniugali e familiari siano spesso alla base dello sviluppo e del mantenimento della depressione (Beach SRH, Fichman FD, Katz J, 1998; Beach SRH, O'Leary KD, 1992; Burns DD, Sayers SL, Moras K, 1994; Fitchman FD, Beach SRH, Harold GT, et al., 1997; Keitner GI, Miller IW, Fruzzetti AE, et al., 1987; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1990; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1995; Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, et al., 1986;).

Diverse teorie riconoscono l'importanza, nella creazione del benessere individuale, del raggiungimento di scopi personali, compiti di vita (life tasks) e *strivings* personali (Emmons RA, 1986, 1992). Questi scopi o compiti di vita sono spesso condivisi da persone che appartengono ad un particolare gruppo o che vivono all'interno di una determinata cultura; fra questi possono essere

inclusi anche i compiti di vita e i compiti di sviluppo normativi all'interno di un particolare gruppo o società (Haggard EA, Havighurst RJ, 1953).

Molti degli ambiti di vita risultati correlati ai sentimenti di benessere sono riconducibili all'esperienza che i soggetti hanno all'interno di determinati ruoli sociali. La "Teoria dell'accumulo di ruoli" è stata sottoposta a verifica in numerosi studi (Baruch GK, Barrett R, 1986; Thoits P, 1983): le ricerche hanno infatti confermato che, maggiore è il numero dei ruoli che il soggetto riveste e più è elevato il suo benessere.

Alcuni studi, effettuati da Levinsohn e colleghi (Levinsohn N, 1991) hanno dimostrato come le persone più soddisfatte dichiarino di avere reti di sostegno sociale più estese, contatti più frequenti e affidabili, maggiori abilità sociali e di avere relazioni più soddisfacenti. Inoltre il benessere dell'individuo sembra essere estremamente condizionato dell'appartenenza ad un gruppo o ad una comunità.

Alcune ricerche hanno trovato che nelle culture collettivistiche la qualità delle relazioni sociali è risultata più importante (armonia relazionale) rispetto alle culture individualistiche dove l'autostima gioca un ruolo più rilevante (Diener E, Diener M, 1995).

Il riconoscimento dell'importanza del contesto e delle relazioni sociali nell'influenzare il benessere ha portato allo sviluppo del costrutto di "*benessere sociale*", intendendo, con esso, la qualità delle relazioni sociali nell'ambito della propria comunità e società, nonché del proprio funzionamento al loro interno. Keyes C.L.M. (1998), ha ipotizzato cinque dimensioni di benessere sociale, parallele alle dimensioni di benessere psicologico di C. Ryff (1989), che rimandano alle relazioni del soggetto con la comunità più allargata e la società in generale:

- Accettazione sociale: consiste nel nutrire fiducia negli altri, avere opinioni favorevoli sulla natura umana

- Integrazione sociale: è la misura in cui le persone sentono di avere qualcosa in comune con gli altri e di appartenere alla propria comunità e società
- Contributo sociale: è la valutazione del proprio valore sociale
- Attualizzazione sociale: è la valutazione delle potenzialità e dell'andamento complessivo della società
- Coerenza sociale: è la percezione della qualità e dell'organizzazione del mondo sociale, include il desiderio di conoscere la società e il suo funzionamento

Il modello di benessere psicologico della Ryff (1989) integra nel concetto di benessere psicologico una prospettiva individuale ed anche sociale considerando in modo parallelo dimensioni prettamente individuali quali: autonomia, crescita personale, scopo nella vita e autoaccettazione e dimensioni più puramente sociali come quelle di: relazioni positive con gli altri e la padronanza ambientale.

7.2 Obiettivi

L'obiettivo della presente ricerca è indagare le relazioni esistenti fra funzionamento familiare, benessere e distress psicologico e qualità della vita. Cercheremo inoltre di indagare quanto e in che modo questi concetti sono fra loro connessi.

7.3 Metodologia

Caratteristiche del campione

Il campione raccolto è costituito da 289 soggetti reclutati all'interno della popolazione generale. Esso è composto da 181 donne (62.6%) e 108 uomini

(37,4%) (Tab.1). L'età varia da un minimo di 22 anni ad un massimo di 76 anni, con un'età media di 41,49 anni. 140 soggetti (48,4%) hanno un diploma di scuola superiore, 95 (32,9%) hanno una laurea, 81 (2,8%) hanno conseguito la licenza elementare, 43 (14,9%) un diploma di scuola media, 3 soggetti (1%) hanno conseguito una specializzazione post-laurea o un dottorato (Tab.1). 150 soggetti (51,9%) sono coniugati, 98 (33,9%) sono celibi/nubili, 17 (5,9%) convivono, 7 (2,4%) sono separati, 9 (3,1%) sono divorziati e 8 (2,8%) sono vedovi (Tab.1). 232 soggetti (80,3%) hanno un'occupazione, 40 (13,8%) sono studenti ed i rimanenti 17 (5,9%) non hanno un'occupazione (Tab.1).

Tutti i soggetti, sono stati informati ed edotti sugli scopi e sulle modalità della ricerca ed hanno acconsentito a parteciparvi tramite consenso informato.

Tab.1: Caratteristiche socio-demografiche del campione (N=289)

		Media	DS
Età		41,49	12,09
		Frequenza	Percentuale
Sesso	Uomini	108	37,4
	Donne	181	62,6
Istruzione	Nessuna	0	0
	Licenza elementare	8	2,8
	Licenza media	43	14,9
	Maturità	140	48,4
	Laurea	95	32,9
	Diploma post-laurea	3	1,0
Stato Civile	Celibe/nubile	98	33,9
	Coniugato/a	150	51,9
	Convivente	17	5,9
	Separato/a	7	2,4
	Divorziato/a	9	3,1
	Vedovo/a	8	2,8
Occupazione	Occupato	232	80,3
	Non occupato	17	5,9
	Studente	40	13,8

Strumenti

A ciascun soggetto è stata consegnata una batteria composta da:

1. La versione italiana del *Family Assessment Device* (FAD) (Epstein, NB, Baldwin, LM, Bishop, DS, 1983). Vedi descrizione dello strumento al Capitolo 2, sezione 2.1.

2. Le *Psychological Well-Being Scales* (PWB) (Ryff CD, Singer B H, 1996). Il PWB è un questionario autovalutativo, creato da Carol Ryff, che valuta i livelli di benessere psicologico attraverso sei scale principali: Autonomia, Padronanza Ambientale, Crescita Personale, Relazioni Positive con gli Altri, Scopo nella Vita ed Accettazione di Sé. Il PWB è composto da 84 item, 14 per ogni scala. Ai soggetti viene chiesto di valutare il loro grado di accordo per ogni item, secondo una scala Likert a 6 punti che varia da fortemente d'accordo a fortemente in disaccordo. Il punteggio assegnato agli item negativi viene invertito, mentre quello assegnato agli item positivi viene lasciato tale. Il range di punteggio per ognuna delle 6 scale varia da 14 a 84. Maggiore è il punteggio finale e migliori sono i livelli di benessere psicologico.

3. Il *Symptom Questionnaire* (SQ) (Kellner, 1978). L'SQ è un questionario autovalutativo sviluppato da Robert Kellner ed ha lo scopo di misurare il livello di distress psicologico ed i cambiamenti psicologici nel tempo. La scala è composta da 92 item raggruppati all'interno di 4 scale principali: Ansia (A), Depressione (D), Ostilità (O), e Sintomi Somatici (SS). Ciascuna delle quattro scale è a sua volta suddivisa in due sottoscale, una sintomatologica ed una concernente il benessere: si ha così un totale di otto sottoscale. La scala principale dell'Ansia è formata dalle due sottoscale "Ansia" e "Rilassatezza"; la scala principale della "Depressione" è composta da "Depressione" e "Contentezza"; la scala principale dei "Sintomi somatici" è costituita da "Sintomi somatici" e "Benessere fisico"; infine la scala principale dell'"Ostilità" è composta da "Ostilità" e "Buona disposizione

verso gli altri". I 92 item totali sono suddivisi all'interno del questionario nel seguente modo: 68 vanno a comporre le 4 sottoscale sintomatologiche (Ansia, Depressione, Sintomi somatici, Ostilità) e i restanti 24 item compongono le quattro sottoscale del benessere (Rilassatezza, Contentezza, Benessere Fisico, Buona disponibilità verso gli altri). L'SQ prevede risposte sì/no o vero/falso. Per conteggiare il punteggio finale si attribuisce 1 punto ogni qual volta il soggetto risponde negativamente (no o falso) agli item delle sottoscale del benessere e 1 punto quando egli risponde affermativamente agli item appartenenti alle quattro sottoscale sintomatologiche. Il range delle 4 scale principali va da 0 a 23. Il range delle sottoscale sintomatologiche va da 0 a 17 mentre quello delle sottoscale del benessere va da 0 a 6. Maggiore è il punteggio finale e più elevato è il livello di disagio e distress psicologico.

4. Scheda iniziale per la raccolta di informazioni socio-demografiche quali:

- sesso;
- data di nascita;
- istruzione, classificata come segue: 1) nessun titolo di studio, 2) diploma di scuola elementare, 3) diploma di scuola media inferiore, 4) diploma di scuola media superiore, 5) laurea, 6) diploma di formazione post-laurea;
- stato civile, classificato come segue: 1) celibe/nubile, 2) coniugato/a, 3) convivente, 4) separato/a, 5) divorziato/a, 6) vedovo/a;
- occupazione, classificata come segue: 1) occupato, 2) non occupato, 3) studente;
- presenza di malattie mediche o psichiatriche di una certa gravità.

All'interno della scheda era inoltre presente un item inserito per la valutazione della Qualità di Vita (QV) così come percepita dal soggetto. L'item è stato valutato su di una scala likert a 5 punti (1 = eccellente, 2 = buona, 3 = soddisfacente, 4 = mediocre, 5 = pessima).

5. Modulo concernente la richiesta del consenso informato

Analisi statistica

Per valutare se e in che modo qualità del funzionamento familiare, benessere psicologico, sofferenza psicopatologica e qualità della vita sono fra loro correlate, sono state calcolate, con il coefficiente r di Pearson, le correlazioni bivariate fra le sette scale del FAD, le quattro sottoscale principali dell'SQ, le sei scale del PWB, e l'indice di qualità della vita. E' stata inoltre valutata l'attendibilità al Test-retest per i 3 questionari. In seguito, è stata condotta un'analisi fattoriale di tipo esplorativo, metodo delle componenti principali (rotazione Varimax), utilizzando i dati ottenuti attraverso FAD, SQ e PWB.

7.4 Risultati

Nella tabella 2 possiamo osservare i punteggi medi ottenuti dai 289 soggetti al FAD, SQ, PWB e della Qualità di Vita.

Tab. 2: Media e Deviazione Standard ottenute alle sottoscale di FAD, SQ, PWB ed item sulla Qualità di Vita (N=289)

	Sottoscale	Media	DS
FAD (1-4*)	Problem Solving	1,86	0,47
	Comunicazione	1,94	0,50
	Ruoli	2,06	0,38
	Risposta Affettiva	1,86	0,58
	Coinvolgimento Affettivo	1,86	0,45
	Controllo Comportamentale	2,00	0,43
	Funzionamento Generale	1,82	0,48
SQ Sottoscale Sintomatologiche (0-17*)	Ansia	3,90	3,25
	Depressione	2,94	2,89
	Sintomi Somatici	3,60	3,69
	Ostilità	3,21	3,53
SQ Sottoscale Benessere (0-6*)	Rilassamento	2,06	1,50
	Contentezza	1,42	1,75
	Benessere Fisico	2,47	1,87
	Buona disposizione	0,85	1,39

SQ Scale Principali (0-23*)	Ansia Totale	5,94	4,13
	Depressione Totale	4,32	3,79
	Sintomi Somatici Totale	6,04	5,05
	Ostilità Totale	4,07	4,22
PWB (*14-84)	Autonomia	62,85	10,08
	Padronanza Ambientale	61,30	10,25
	Crescita Personale	64,54	9,33
	Relazioni Positive con Altri	65,32	10,88
	Scopo nella Vita	64,65	10,13
	Accettazione di sé	62,81	11,70
QoL (1-5*)	Qualità della Vita	2,37	0,63

() = (minimo–massimo) dei punteggi ottenibili alle singole scale.

* = estremo del continuum indicativo di maggior patologia.

Correlazioni

Le correlazioni bivariate sono state calcolate attraverso la r di Pearson. I risultati mostrano come le 7 sottoscale del FAD e le 6 sottoscale del PWB sono tutte significativamente ed inversamente correlate. Le 7 sottoscale del FAD e le 4 scale principali dell'SQ sono tutte significativamente e direttamente correlate così come le 7 sottoscale del FAD e l'indice di Qualità di Vita (Tab.3).

Tab.3: Correlazione (r di Pearson) tra le 7 sottoscale del FAD, le 12 scale dell'SQ, le 6 sottoscale del PWB, e l'item sulla Qualità della vita (N=289).

		FAD						
	<i>Sottoscale</i>	PS	CM	RL	AR	AI	BC	GF
SQ	Ansia	0,231**	0,251**	0,178**	0,223**	0,274**	0,173**	0,257**
	Depressione	0,16**	0,195**	0,247**	0,219**	0,228**	0,106	0,256**
	Sintomi Somatici	0,082	0,138*	0,114	0,141*	0,177**	0,012	0,156**
	Otilità	0,139*	0,209**	0,155**	0,178**	0,187**	0,095	0,205**
	Rilassatezzazza	0,177**	0,159**	0,126*	0,118+	0,066	0,124*	0,162**
	Contentezza	0,08	0,123*	0,135*	0,209**	0,18**	0,145*	0,165**
	Benessere Fisico	0,024	0,052	0,063	0,098	0,159**	-0,001	0,085
	Buona Disposizione Vs/altri	0,139*	0,099	0,061	0,133*	0,042*	0,153**	0,107
	Ansia Totale	0,246**	0,253**	0,189**	0,213**	0,241**	0,181**	0,26**
	Depressione Totale	0,164**	0,188**	0,234**	0,246**	0,245**	0,13*	0,256**
	Sintomi Somatici Totale	0,072	0,118*	0,107	0,139*	0,186**	-0,002	0,147*
	Ostilità Totale	0,163**	0,204**	0,146*	0,187**	0,166**	0,127*	0,204**
PWB	Autonomia	-0,264**	-0,278**	-0,362**	-0,242**	-0,264**	-0,335**	-0,27**
	Padronanza Ambientale	-0,256**	-0,261**	-0,31**	-0,313**	-0,221**	-0,281**	-0,288**
	Crescita Personale	-0,098	-0,1	-0,206**	-0,151*	-0,197**	-0,228**	-0,142*
	Relazione Positive con Altri	-0,165**	-0,252**	-0,257**	-0,271**	-0,203**	-0,18**	-0,249**
	Scopo nella Vita	-0,294**	-0,283**	-0,338**	-0,334**	-0,287**	-0,332**	-0,341**
	Accettazione di sé	-0,304**	-0,354**	-0,344**	-0,361**	-0,255**	-0,221**	-0,356**
	QdiV		0,267**	0,289**	0,286**	0,291**	0,232**	0,265**

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

Attendibilità Test-Retest

Per valutare l'attendibilità test-retest di FAD, SQ e PWB ad un sottogruppo di 39 soggetti, sono stati somministrati gli stessi questionari una seconda volta a

distanza di 1 mese dalla prima somministrazione. La tabella 4 mostra come i punteggi ottenuti sia al FAD che al PWB tendano ad essere stabili nel tempo come mostrato dalla significatività delle correlazioni (r di Pearson) tra la prima e la seconda somministrazione. Le scale del FAD: PS, C, AR, AI, e soprattutto la scala di GF mostrano livelli di correlazione estremamente elevati (r 0,755-0,799). Solo la scala dell'SQ relativa ai sintomi somatici mostra correlazioni significative tra i punteggi ottenuti alla prima e alla seconda somministrazione.

Tab.4: Media, Deviazione Standard e Attendibilità test-retest (r di Pearson) di PWB, FAD e SQ (N=39).

	Scale	Test		Retest		r .
		Media	DS	Media	DS	
FAD (1-4*)	Problem Solving	1,67	0,48	1,75	0,48	0,765**
	Comunicazione	1,85	0,53	1,76	0,49	0,798**
	Ruoli	2,03	0,32	2,03	0,34	0,545**
	Risposta Affettiva	1,64	0,54	1,68	0,61	0,794**
	Coinvolgimento Affettivo	1,82	0,38	1,83	0,40	0,755**
	Controllo Comportamentale	1,94	0,37	1,87	0,33	0,433**
	Funzionamento Generale	1,67	0,45	1,61	0,48	0,799**
SQ (0-23*)	Ansia Tot	5,77	3,31	6,64	4,12	0,165
	Depressine Tot	4,08	3,07	4,64	3,63	0,196
	Sintomi Somatici Tot	6,05	5,12	6,90	5,22	0,674**
	Ostilità Tot	4,72	4,38	4,44	4,11	0,267
PWB (14-84*)	Autonomia	65,18	9,39	62,08	11,22	0,689**
	Padronanza Ambientale	62,08	9,76	61,18	9,77	0,581**
	Crescita Personale	64,46	9,48	63,87	9,58	0,427**
	Relazioni Positive con Altri	65,82	8,65	64,46	11,58	0,669**
	Scopo nella Vita	64,13	11,20	64,54	10,97	0,671**
	Accettazione di sé	63,13	9,96	62,87	9,10	0,616**

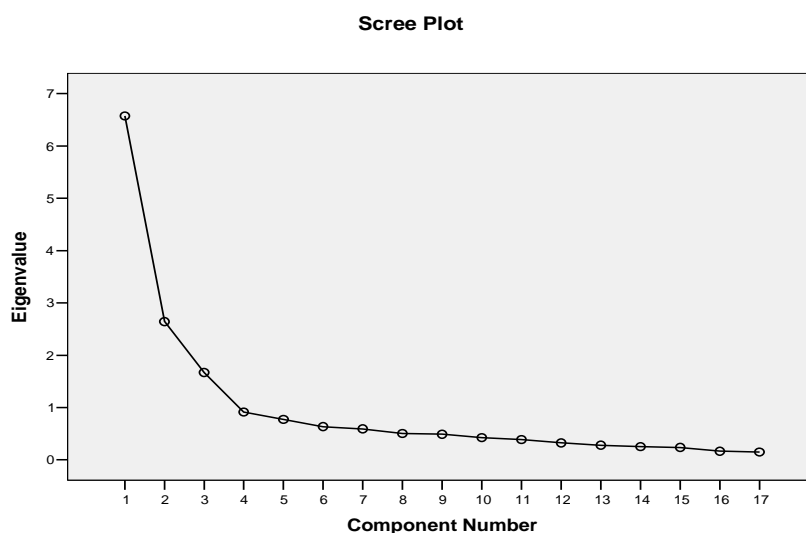
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Analisi fattoriale

Attraverso un'indagine preliminare dei dati effettuata tramite lo scree plot (Fig. 1) è stato deciso di selezionare 3 componenti da utilizzare per l'analisi fattoriale in quanto 3 è il numero di componenti precedenti il "gomito" della curva dello scree plot. Inoltre, anche l'analisi degli autovalori mette in evidenza la presenza di 3 componenti con autovalore superiore a 1.

Fig. 1: Scree plot indicante il numero di componenti identificate e i corrispondenti autovalori



L'analisi fattoriale (Tab. 5) effettuata attraverso il metodo delle Componenti Principali mostra come le 3 componenti selezionate spieghino complessivamente il 64% della varianza totale sia prima che dopo la rotazione effettuata attraverso il metodo Varimax. Dopo la rotazione la varianza spiegata dalle 3 componenti si distribuisce nel seguente modo: I componente (26%), II componente (21%) ed infine III componente (16,6%).

Tab 5: Estrazione delle Componenti Principali e varianza spiegata relativa ai dati ottenuti tramite FAD, SQ e PWB (N=289)

Com	Varianza totale spiegata								
	Autovalori iniziali			Estrazione componenti principali			Rotazione componenti principali		
	Totale	% V. Spiegata	% V. Cumulata	Totale	% V. Spiegata	% V. Cumulata	Totale	% V. Spiegata	% V. Cumulata
1	6,574496	38,6735	38,6735	6,574496	38,6735	38,6735	4,425796	26,03409	26,03409
2	2,642445	15,54379	54,2173	2,642445	15,54379	54,2173	3,62779	21,33994	47,37403
3	1,66927	9,819237	64,03654	1,66927	9,819237	64,03654	2,832625	16,6625	64,03654

Rotazione Varimax

La tabella 6 mostra come il primo fattore è saturato con le sette dimensioni del FAD, il secondo fattore mostra un pattern di saturazione con le sei dimensioni del PWB ed il terzo fattore è saturato con le quattro scale principali dell'SQ.

Tab.6: Matrice saturazioni fattoriali dopo la rotazione Varimax (N=289)

		Componenti		
		1	2	3
FAD	PS	0,77		0,11
	C	0,85		0,14
	R	0,66	-0,29	
	AR	0,86	-0,13	0,12
	AI	0,71	-0,14	0,13
	BC	0,59	-0,29	
	GF	0,91	-0,11	0,14
SQ	A Tot	0,16	-0,20	0,81
	D Tot	0,10	-0,36	0,78
	SS Tot			0,72
	O Tot	0,11	-0,12	0,78
PWB	A	-0,23	0,64	-0,17
	CA	-0,16	0,80	-0,32
	CP		0,77	
	RP	-0,15	0,65	-0,13
	SV	-0,23	0,79	-0,18
	AUTO	-0,23	0,71	-0,41

7.5 Discussione

I risultati di questo lavoro mettono in luce come funzionamento familiare, benessere e distress psicologico e qualità della vita siano estremamente interconnessi.

In generale è possibile vedere come le 7 dimensioni del FAD sono principalmente correlate con le scale di Ansia, Depressione ed Ostilità dell'SQ. Più nello specifico i nostri dati rilevano la relazione esistente tra disagio psicologico (SQ) (ansia, ostilità e depressione) e difficoltà familiari di tipo comunicativo (CM), relative alla gestione delle regole (BC) e a quella dei ruoli (RL). Nel nostro campione sembra infatti che più inefficace è la comunicazione (FAD) all'interno della famiglia e maggiori sono i livelli di ansia (SQ) e di ostilità (SQ) percepiti dai singoli individui. Per quanto concerne la dimensione dei "Ruoli" (FAD) sembra che, una scarsa o poco chiara distribuzione dei compiti all'interno della famiglia ed una inadeguata assunzione di responsabilità nello svolgimento delle funzioni relative al ruolo, siano particolarmente associate a maggiori livelli di depressione (SQ) ed ansia (SQ). Anche il Controllo Comportamentale (FAD), definito come il modo che una famiglia adotta per gestire il comportamento dei singoli soggetti in merito a svariate situazioni, sembra essere particolarmente correlato con i livelli di ansia (SQ) esperiti a livello individuale. Nel nostro campione le famiglie che presentano uno stile di Controllo Comportamentale flessibile (all'interno di un continuum laserfaire - Caotico), e sono quindi in grado di gestire la quotidianità attraverso regole flessibili e ragionevoli, sembrano riportare livelli di ansia inferiori.

Per quanto riguarda la correlazione fra comunicazione e psicopatologia sopra descritte, sono stati effettuati molti studi al riguardo e i nostri dati non fanno altro che confermare gli esiti di tali studi. Secondo Watzlawick e colleghi (Watzlawick P, Jackson DD, Beavin J, 1967), ricercatori del Mental Research Institute di Palo Alto, la comunicazione è pervasiva di ogni relazione: uno

degli assiomi della comunicazione è, infatti, “non è possibile non comunicare”, intendendo che l’attività o l’inattività, le parole o il silenzio, sono tutti messaggi che l’interlocutore non può non percepire ed è in qualche modo costretto a rispondervi (Watzlawick P, Jackson DD, Beavin J, 1967). Paola Covini (Codispoti O, Clemental C, 1999) afferma che gli studi compiuti dal gruppo di Palo Alto confermano che il disagio e la patologia si manifestano dove esiste confusione a livello comunicativo e, di conseguenza, nell’organizzazione delle regole del sistema familiare. Il modello MMFF coglie gli aspetti appena descritti concernenti le regole attraverso le dimensioni dei Ruoli e del Controllo Comportamentale. I nostri dati, anche se provenienti da una campione non clinico, riprendendo le osservazioni fatte dalla Covini mettendo in evidenza come le dimensioni di Ruolo, Controllo Comportamentale e Comunicazione risultano infatti correlati ad ansia, depressione e ostilità. Un altro studio del 2004 (Unal S, Kaya B, Cekem B, et al., 2004) condotto su pazienti schizofrenici, ha dimostrato, attraverso l’utilizzo del FAD, come la comunicazione è in effetti una dimensione fortemente compromessa in caso di patologie gravi come la schizofrenia.

Anche il Coinvolgimento Affettivo (AI) sembra essere strettamente legato allo sviluppo ed al mantenimento di patologie gravi. La letteratura offre diversi studi effettuati su pazienti schizofrenici in riferimento al concetto elaborato da Brown e collaboratori (Brown GW, Birley JLT, Wing JK, 1972) di “Emotività Espressa” (EE). Questo termine è stato coniato per descrivere uno stile di interazione tra membri della famiglia e paziente caratterizzato da intenso ipercoinvolgimento ed eccessiva critica. I pazienti che vivono in famiglie con un alto indice di EE presentano infatti una maggior frequenza di recidive. Una meta-analisi di 27 studi che ha cercato di indagare la relazione tra EE ed esito della schizofrenia ha confermato che l’EE è un indice predittivo, affidabile e significativo, della frequenza delle ricadute (Butzlaff RL, Hooley JM, 1998). Questo concetto di EE è molto vicino ad uno degli stili di coinvolgimento

affettivo definiti all'interno del MMFF: il coinvolgimento simbiotico e ipercoinvolto. I nostri dati, pur non essendo tratti da un campione clinico, sembrano rilevare una correlazione tra coinvolgimento affettivo inadeguato e maggior sintomatologia ansiosa e depressiva.

Scarse capacità di problem solving (FAD) all'interno della famiglia sembrano inoltre essere particolarmente legate a maggiori livelli di ansia e depressione (SQ).

La dimensione di Risposta Affettiva (FAD) è l'unica dimensione all'interno del MMFF che presuppone la valutazione dei singoli individui come unità separate ed è l'unica che permette di valutare la presenza o l'assenza di eventuali caratteristiche psicopatologiche individuali. In questa dimensione viene preso in esame il range di risposta affettiva dei membri della famiglia, attraverso l'analisi dei pattern di risposta degli individui a stimoli affettivi. La risposta affettiva è definita come l'abilità di un individuo di rispondere ad uno stimolo dato con un'appropriata qualità e quantità emozionale. Per esempio un soggetto con tratti depressivi presenterà la tendenza ad interpretare negativamente gli eventi che lo circondano e presenterà quindi una maggior quantità di emozioni negative. I nostri dati mettono in evidenza come i soggetti che presentano un buon funzionamento in questa dimensione, e sono quindi in grado di sperimentare un'ampia gamma di risposte affettive congruenti allo stimolo sia per intensità che per durata, presentano anche livelli di ansia e depressione inferiori.

Nel nostro campione il funzionamento generale del sistema familiare sembra essere estremamente correlato a depressione ed ansia. Anche in questo caso i nostri dati tratti dalla popolazione generale sembrano ricalcare un simile andamento identificato in letteratura attraverso studi che hanno indagato la relazione tra depressione e funzionamento familiare in popolazioni cliniche. I nostri dati tratti dalla popolazione generale sembrano riprendere i risultati di diversi studi che sottolineano la relazione tra scarso funzionamento familiare e

depressione (Keitner GI, Miller IW, Fruzzetti AE, et al., 1987; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1990; Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al., 1995; Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, et al., 1986). Altri ricercatori (Beach SRH, Fichman FD, Katz J, 1998; Beach SRH, O'Leary KD, 1992; Burns DD, Sayers SL, Moras K, 1994; Fitchman FD, Beach SRH, Harold GT, et al., 1997) sembrano inoltre ipotizzare che difficoltà coniugali caratterizzate da: eccessiva critica, abuso fisico o psicologico e la presenza di atteggiamenti che mettono in crisi la fiducia reciproca, possono indurre una diminuzione dell'autostima e della soddisfazione coniugale che a loro volta possono diventare fattori scatenanti della depressione o perpetuarne il mantenimento.

Per quanto concerne la relazione tra funzionamento familiare (FAD) e benessere (PWB) i nostri dati sembrano sottolineare la stretta relazione esistente tra contesto (in questo caso la famiglia) e benessere individuale. L'inserimento nel modello multidimensionale di Carol Ryff (1989) di dimensioni fortemente "sociali" come "Relazioni Positive con gli Altri" e "Padronanza Ambientale" é un elemento estremamente innovativo che sancisce l'importanza dell'ambiente e degli "altri" nella co-creazione del benessere individuale. I nostri dati sottolineano come il Funzionamento Familiare Generale sia estremamente correlato a tutte le dimensioni del benessere a conferma delle teorie che per molto tempo hanno cercato di sostenere l'importanza del contesto nel influenzare il benessere psicologico percepito dall'individuo. E' possibile inoltre rilevare che maggiori sono le esperienze di "Relazioni Positive con gli Altri" (PWB) e migliori sono anche i livelli di funzionamento familiare relativi a Comunicazione, Ruoli e Risposta Affettiva (FAD), tutti elementi estremamente importanti nella gestione delle relazioni interpersonali. Più il soggetto percepisce di poter esercitare un certo controllo sull'ambiente che lo circonda (Padronanza Ambientale - PWB) e migliore é il funzionamento familiare rispetto alle dimensioni Ruoli, Risposta affettiva e Controllo Comportamentale, anche queste dimensioni in qualche

modo legate alle capacità del soggetto di gestire l'organizzazione e le relazioni in ambito familiare.

I dati qui emersi confermano quelli già presenti in letteratura che evidenziano una stretta relazione tra scarso funzionamento familiare, spesso espresso attraverso difficoltà relative alla comunicazione, il problem solving ed il coinvolgimento affettivo e distress psicologico esperito con sintomi depressivi, ansiogeni ed ostilità.

Questi dati si integrano con i concetti espressi all'interno del modello biopsicosociale che sottolinea la muta interazione tra gli aspetti biologici, psicologici e sociali della vita di una persona (Engel GL, 1978). Anche il concetto di "cervello sociale" è stato utilizzato come modello unificante che sottolinea come l'ambiente può modellare lo sviluppo del cervello (Gardner R, 2005). All'interno del modello biopsicosociale e di "cervello sociale" l'ambiente familiare viene infatti considerato come il più immediato gruppo di influenza psicosociale. I nostri dati sottolineano infatti l'importanza del ruolo dell'ambiente familiare nella genesi del disagio e del benessere psicologico anche nella popolazione generale. Questi dati sottolineano inoltre come un funzionamento familiare positivo sia altamente correlato a elevati livelli di benessere psicologico.

L'indice di qualità della vita sembra essere estremamente correlato a tutte le dimensioni di Funzionamento familiare e soprattutto all'indice di funzionamento generale.

L'analisi fattoriale mostra come l'estrazione delle 3 componenti principali spieghi il 64% della varianza totale e come il primo fattore, da solo, spieghi comunque la maggior parte di essa, presentando una percentuale di varianza spiegata pari al 38%, prima della rotazione, e pari al 26% dopo la rotazione. La rotazione delle componenti ha infatti permesso una più uniforme distribuzione della varianza tra la prima componente (26%), la seconda (21 %) e la terza (16%) (Tab. 5). La matrice delle saturazioni fattoriali dopo la

rotazione Varimax (Tab. 6) mostra come i concetti di funzionamento familiare, benessere psicologico e distress psicologico si configurino separatamente: le scale del FAD si raggruppano infatti tutte all'interno della prima componente, le scale del PWB vanno a saturare principalmente la seconda componente ed infine le scale dell'SQ vanno a saturare la terza componente. Questi dati sembrano mettere in evidenza come in effetti i 3 questionari misurino concetti tra loro ben distinti. Tuttavia, l'analisi delle correlazioni bivariate, che ha permesso di indagare i rapporti fra tali concetti più nel dettaglio, ha evidenziato significative relazioni tra i diversi aspetti di funzionamento familiare, benessere psicologico e distress.

Alcuni limiti dello studio riguardano sicuramente la numerosità limitata del campione che rende quindi difficile la generalizzazione dei risultati alla popolazione generale. I rapporti causa effetto tra le variabili prese in esame sono inoltre difficilmente comprensibili attraverso l'uso delle correlazioni bivariate. Studi longitudinali che permettano di cogliere l'evoluzione temporale di funzionamento familiare, benessere e distress psicologico permetterebbero di chiarire in che modo questi aspetti sono tra loro connessi. Inoltre, studi longitudinali relativi a popolazioni cliniche permetterebbero di comprendere meglio gli effetti di malattie mediche o psichiatriche sui livelli di equilibrio familiare, benessere psicologico e distress.

7.6 Conclusioni

Fino ad oggi gli studi che hanno indagato il funzionamento familiare si sono principalmente focalizzati sulla relazione esistente tra famiglia e malattia medica o psichiatrica. In accordo con il modello biosociale che vede l'ambiente familiare come il più immediato gruppo di influenza psicosociale dello stato di benessere o malessere dell'individuo, i nostri dati confermano

una stretta relazione tra scarso funzionamento familiare, spesso espresso attraverso difficoltà relative alla comunicazione, al problem solving ed al coinvolgimento affettivo e distress psicologico esperito con sintomi depressivi, ansiogeni ed ostilità anche nella popolazione generale. Di recente in letteratura si è inoltre notato un aumento di interesse per il concetto di salute inteso come stato di benessere fisico, psichico e sociale (OMS). In linea con ciò i nostri dati sottolineano come un funzionamento familiare positivo sia altamente correlato ad elevati livelli di benessere psicologico. Questi dati suggeriscono l'importanza di indagare l'utilità clinica di interventi integrati che non mirano esclusivamente alla risoluzione della sintomatologia conclamata ma che promuovono il benessere dell'individuo e della sua famiglia anche all'interno della popolazione generale.

Capitolo 8

Valutazione dell'efficacia di un intervento sulla famiglia (PCSTF) per contrastare la perdita di efficacia del trattamento farmacologico a lungo termine della depressione ricorrente: uno studio pilota

8.1 Obiettivi

Obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare l'efficacia della Problem Centerd Systems Therapy of the Family (PCSTF) (vedi capitolo 3) (Ryan EC, Epstein BN, Keitner GI, et al., 2005) nella gestione della perdita d'efficacia della terapia farmacologica nel trattamento a lungo termine della depressione. Più nello specifico lo scopo è stato quindi quello di comparare l'efficacia della

PCSTF rispetto all'aumento del dosaggio di antidepressivo, nella prevenzione della ricaduta in pazienti con depressione ricorrente.

8.2 Metodologia

Procedura

Sono stati inclusi nello studio 20 pazienti ambulatoriali consecutivi inviati al Centro per i Disturbi Affettivi, Dipartimento di Psicologia, Università degli studi di Bologna, che soddisfacevano i seguenti criteri:

- Diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore (ricaduta attuale) secondo il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).
- Anamnesi di pregressi Episodi Depressivi Maggiori secondo il DSM-IV.
- Assunzione di farmaci antidepressivi da almeno 6 mesi.
- Risposta positiva al trattamento antidepressivo.
- Sviluppo di una ricaduta secondo i Diagnostic Research Criteria (Spitzer RL, Endicott J, Robins E, 1989) mentre in trattamento con antidepressivi.
- La ricaduta attuale non è dovuta a problemi di compliance con il farmaco (sono inclusi nello studio solo i pazienti la cui ricaduta è dovuta alla perdita di efficacia del farmaco).
- Il trattamento farmacologico è stato iniziato durante il terzo (o eventualmente anche successivo al terzo) episodio depressivo.
- Dall'ultimo episodio depressivo a quello attuale non sono passati più di 2.5 anni (Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al., 1990).

- Assenza in anamnesi di distimia, episodi maniacali o ipomaniacali, disturbo ciclotimico, abuso o dipendenza da alcol o da altre sostanze, disturbo di personalità.
- Assenza di malattie organiche in atto.
- Il paziente attualmente vive con un familiare o un altro significativo disponibile a partecipare allo studio.

Nella fase di screening le diagnosi dei pazienti sono state stabilite indipendentemente da due psichiatri utilizzando la Structured Clinical Interview for DSM-IV Psychiatric Disorders (SCID) (First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al., 1995)

I 20 soggetti così reclutati e soddisfacenti i suddetti criteri sono stati randomizzati a due diverse condizioni di trattamento:

1. Aumento del dosaggio dell'antidepressivo (AD) (del 50% nel caso di triciclici e del doppio per le altre tipologie di antidepressivo) e Clinical Management (CM) (gruppo: AD+CM);
2. Mantenimento dei dosaggi pre-esistenti di antidepressivo e PCSTF (gruppo: MD+TF).

Al baseline (T1) tutti i 20 pazienti sono stati valutati da uno psicologo clinico, cieco, per tutta la durata dello studio, rispetto al trattamento ricevuto dai pazienti. A tutti i soggetti è stata quindi somministrata la change version della Paykel's Clinical Interview for Depression (CID)(Paykel, 1985) per valutare la sintomatologia prima dell'inizio del trattamento.

La PCSTF (Ryan EC, Epstein BN, Keitner GI, et al., 2005) (vedi capitolo 3) aiuta i familiari ad identificare i problemi attuali e a sviluppare adeguate strategie di problem solving per la loro risoluzione. Il trattamento ha l'obiettivo di produrre cambiamenti comportamentali tangibili. Ai membri della famiglia viene richiesto di esercitarsi nel riconoscimento e nella risoluzione dei loro problemi sia durante le sessioni di terapia che a casa. Gli esercizi assegnati ai familiari sono sufficientemente concreti da poter essere

valutati in modo oggettivo e sono orientati ad incrementare i punti di forza della famiglia (sia da un punto di vista comportamentale che emotivo). Questi cambiamenti possono essere implementati anche attraverso esercizi di esposizione, ristrutturazione cognitiva e role playing. Il protocollo include 1 sessione di PCSTF della durata di un'ora, ogni 2 settimane, per un totale di 6 incontri in un periodo complessivo di 12 settimane. La PCSTF è stata condotta da una psicologa clinica (Fabbri Stefania) che aveva partecipato ad un training della durata di un anno sul Modello McMaster presso la Brow University.

La condizione di CM consiste nel monitoraggio della condizione clinica del paziente e offerta di supporto se necessario. Il CM è stato condotto dallo psichiatra che seguiva la somministrazione del farmaco. Le sessioni di CM hanno avuto una durata di circa 30/40 minuti ciascuna. Il trattamento (per entrambi i gruppi) è durato 12 settimane comprendenti 6 sessioni di CM e 6 di PCSTF.

Outcome measures

Alla fine delle 12 settimane di trattamento (T2) tutti i 20 soggetti sono stati nuovamente valutati con la CID dalla stessa psicologa che ha condotto la valutazione al baseline (T1), sempre cieca rispetto alla condizione a cui i pazienti erano stati assegnati. Il miglioramento dei pazienti dopo la terapia è stato valutato anche attraverso la scala del miglioramento di Kellner. Solo i soggetti che, a fine trattamento, sono stati valutati come “migliorati” alla scala del miglioramento di Kellner (1972) e hanno presentato una diminuzione, almeno del 50%, dei punteggi ottenuti alla CID dopo il trattamento (T2), rispetto a quelli ottenuti al baseline (T1), sono stati considerati come “responders”.

I soggetti di entrambi i gruppi sono stati poi valutati ad un follow-up di 3 (T3), 6 (T4), 9 (T5) e 12 mesi (T6) dopo il trattamento. Queste valutazioni di follow-up consistevano in un breve aggiornamento dello stato clinico e medico del paziente che hanno permesso di valutare la presenza/assenza di una ricaduta. L'assessment è stato condotto da un valutatore cieco rispetto all'assegnazione del soggetto al trattamento. La ricaduta è stata definita come il verificarsi di un Episodio Depressivo Maggiore secondo i Research Diagnostic Criteria (Spitzer RL, Endicott J, Robins E, 1989).

Strumenti

Tutti i 20 soggetti sono stati valutati con i seguenti strumenti:

- *Structured Clinical Interview for DSM-V Disorders* (SCID; First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al., 1995). Questa intervista è stata condotta per lo screening iniziale e la valutazione dell'idoneità del paziente all'inclusione nello studio.
- *Clinical Interview for Depression* (CID; Paykel ES, 1985). Questa intervista semistrutturata è composta da 20 item che valutano un ampio spettro sintomatologico caratteristico dei disturbi affettivi. Ogni item è valutato su di una scala likert a sette punti che va da 1 (assenza della problematica) a 7 (estrema gravità del problema). Ogni punteggio di ancoraggio è specificato nel suo significato a seconda della severità, frequenza e/o qualità dei sintomi descritti negli items. La CID è una scala molto sensibile ai cambiamenti durante la terapia ed è particolarmente adatta ad identificare la sintomatologia subclinica nei disturbi affettivi (Paykel ES, 1985; Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P, 1998). L'intervista è stata condotta al baseline (T1) e alla conclusione del trattamento (T2).

- **Scala del Miglioramento di R. Kellner** (1972). Strumento etero valutativo, avente lo scopo di valutare il miglioramento della condizione clinica del paziente a fine intervento (T2). Il clinico valuta la condizione del paziente su di una scala likert a 9 punti dove 1 indica una “condizione molto peggiorata”, 5 evidenzia “miglioramento” e 9 rappresenta una “condizione molto migliorata”.

Al base-line (T1) i 10 soggetti assegnati al gruppo di MD+TF sono stati valutati attraverso la **McMaster Structured Interview of Family Functioning** (McSIFF; Bishop D S, Epstein N B, Baldwin L M, 1980). La McSiff (vedi Cap. 2, paragrafo 2.3, 2.4 e Cap. 3) è un’intervista strutturata che indaga in modo accurato e dettagliato le 6 dimensioni del funzionamento familiare presupposte dal Modello McMaster e permette di ottenere un quadro completo delle difficoltà e dei punti di forza della famiglia da cui poi sviluppare l’intervento terapeutico.

Tutti i soggetti (pazienti e familiari) edotti degli scopi e delle modalità di svolgimento della ricerca hanno acconsentito a parteciparvi ed hanno dato il loro consenso informato.

Descrizione del campione

Il campione è formato da 20 soggetti di cui 12 donne (60%) e 8 uomini (40%) con un’età media è di 46.7 anni (DS = 8.2). 12 soggetti (60%) fanno parte di una classe socioale medio-bassa ed 8 soggetti (40%) di una classe sociale alta (Goldthorpe, J.H. & Hope, K., 1974). 11 soggetti (55%) hanno un elevato livello di istruzione mentre 9 (45%) hanno un livello di istruzione medio-basso (Tab.1).

A momento dell’inclusione nello studio, i partecipanti, oltre a presentare una diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore ricorrente presentavano le seguenti

comorbilità: disturbo ossessivo-compulsivo (1 caso), ipocondria (1 caso), agorafobia (1 caso). Al momento dell'inclusione nello studio i pazienti stavano assumendo i seguenti antidepressivi: amitriptilina 100 mg/dia (2 casi); citalopram 20 mg/dia (1 caso); clomipramina 100 mg/dia (1 caso); desipramina 100 mg/dia (3 casi); fluoxetina 20mg/dia (4 casi); fluvoxamina 100mg/dia (2 casi); mirtazapina 15 mg/dia (2 casi), mirtazapina 30 mg/dia (4 casi); paroxetina 20 mg/dia (1 caso). Al momento dell'inclusione nello studio la durata media del trattamento antidepressivo a cui i soggetti erano stati sottoposti era di 9,7 mesi (DS=2,6) (Tab.1). La media di episodi depressivi pregressi, compreso quello attuale, era di 3.7 (DS= 1,1) (Tab. 1).

Tab. 1: Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione (N=20).

	Campione totale N=20	
	Media	DS
Età	46.75	8.25
N° di episodi depressivi	3.70	1.08
Durata trattamento antidepressivo	9.67	2.65

		Campione totale N=20	
		Frequenze	%
Sesso	Uomini	8	40
	Donne	12	60
Classe Sociale	Elevata	8	40
	Bassa	12	60
Istruzione	Elevata	11	55
	Bassa	9	45

Analisi statistica

Le differenze tra i due gruppi sono state calcolate attraverso l'utilizzato del t-test a due code e del chi-quadro. L'Analisi della Covarianza (ANCOVA) è stata utilizzata per comparare i punteggi ottenuti alla CID dai due gruppi a fine trattamento, utilizzando i punteggi CID ottenuti al baseline come covariata. La regressione logistica è stata utilizzata per verificare quanto la presenza/assenza di una ricaduta sia stata influenzata dalla diversa condizione di trattamento. E' stata condotta una Intent to Treat Analysis.

8.3 Risultati

Le tabella 2 mostra come non ci sono differenze statisticamente significative tra i due gruppi per variabili quali età, sesso, livello di istruzione e classe sociale. La media del numero di episodi depressivi pregressi (compreso quello attuale) è pari a 4 (SD=1,33) per il gruppo di AD+CM e pari a 3,4 (SD=0,69) per il gruppo MD+TF e tali medie non risultano essere significativamente diverse tra loro ($p=0,22$)(Tab.2). Anche la durata della terapia con antidepressivi, prima dell'inclusione nello studio, non è significativamente diversa ($p=0,64$) tra i due gruppi: per il gruppo AD+CM la durata media della farmacoterapia era di 9.40 mesi (DS=2,41) e per il gruppo MD+TF era di 10 mesi (DS=3,07) (Tab. 2). Al baseline (T1) la gravità della depressione valutata attraverso i punteggi medi ottenuti alla CID è statisticamente diversa ($p=0,002$) tra il gruppo AD+CM (media= 59,9; DS=4.81) e il gruppo MD+TF (media= 51,3; DS=5,59) (Tab. 2).

L'ANCOVA mostra come, anche utilizzando i punteggi ottenuti alla CID baseline come covariata, i punteggi alla CID dopo il trattamento non sono significativamente diversi tra i due gruppi ($p=0,92$) (Tab. 2).

Alla fine del trattamento (T2) 7 (70%) dei 10 pazienti appartenenti al gruppo di AD+CM hanno risposto al trattamento (Fig.1), 6 (85,7%) di questi sono comunque ricaduti durante il follow-up (Fig.2-3, Tab. 2). 7 (70%) dei 10 pazienti appartenenti al gruppo di MD+TF hanno risposto al trattamento (Fig.1), solo 1 (14,3 %) di questi 7 è ricaduto tra i 6 ed i 9 mesi di follow-up (Fig. 2-3, Tab. 2). Il numero di ricadute è risultato infatti statisticamente diverso tra i due gruppi (Chi-quandro=0,029)(Tab.2).

Per comprendere se la percentuale più alta di ricadute del gruppo AD+CM rispetto al gruppo MD+TF era semplicemente un effetto dei più alti punteggi iniziali riportati alla CID dal primo gruppo rispetto al secondo o un effetto del trattamento è stata condotta una regressione logistica, utilizzando la seguente funzione:

$$- f(\text{ricaduta sì/no}) = \alpha + \beta_1 \text{ CID baseline} + \beta_2 \text{ Trattamento} -$$

L'analisi ha mostrato come i punteggi della CID al baseline (T1) non hanno nessun effetto statisticamente significativo ($p=0,97$) sulla probabilità di ricaduta, mentre, la condizione di trattamento ha un effetto statisticamente significativo ($p=0,05$) sulla probabilità di ricaduta. Comparando i due gruppi, il modello stima che i soggetti appartenenti al gruppo AD+CM hanno una probabilità di ricaduta (rispetto alla non ricaduta) di 36 volte più alta (Exp.(B)=36,00) rispetto ai soggetti assegnati al gruppo MD+TF (95% confidence interval: Upper=1,80, Lower=718,67; Odds=36; Sig.=0.01).

Per entrambe le condizioni le differenze pre e post trattamento sono altamente significative (Tab.2 vedi \wedge e \circ). Il confronto tra le differenze alla CID pre e post trattamento dei due gruppi non ha mostrato diversità statisticamente significative ($p=0,159$).

Tab.2: Dati sociodemografici, caratteristiche cliniche e risposta al trattamento

(N=20)

	AD+ CM (N =10)	MD+TF (N=10)	Sig.
Età, anni Media (ds)	46.0 (9.1)	47.5 (7.7)	NS*
Sesso (uomini/donne)	4/6	4/6	NS**
Classe Sociale (bassa/alta)	4/6	4/6	NS**
Istruzione (bassa/alta)	6/4	5/5	NS**
N° di episodi depressivi Media (ds)	4 (1.3)	3.4 (0.7)	NS*
Durata trattamento antidepress Media (ds)	9.4 (2.4)	10.0 (2.7)	NS*
CID baseline (T1) Media (ds)	59.9 (4.8)^	51.3 (5.6)°	p<0.01*
CID post-treatment (T2) Media (ds)	35.4 (14.9)^	26.0 (11.3)°	NS****
Risposta al trattamento (T2) (sì /no)	7/3	7/3	NS**
Ricaduta (T3,T4,T5,T6) (sì/no)	6/1	1/6	p<0.05**

* t-test

** Chi-Quadro by Fisher's exact test

*** ANCOVA

^p<0.001 (significatività riferita alle differenze tra baseline e post-treatment)

°p<0.0001(significatività riferita alle differenze tra baseline e post-treatment)

Fig. 1: Risposta al trattamento da parte di entrambi i gruppi a fine intervento (T2)

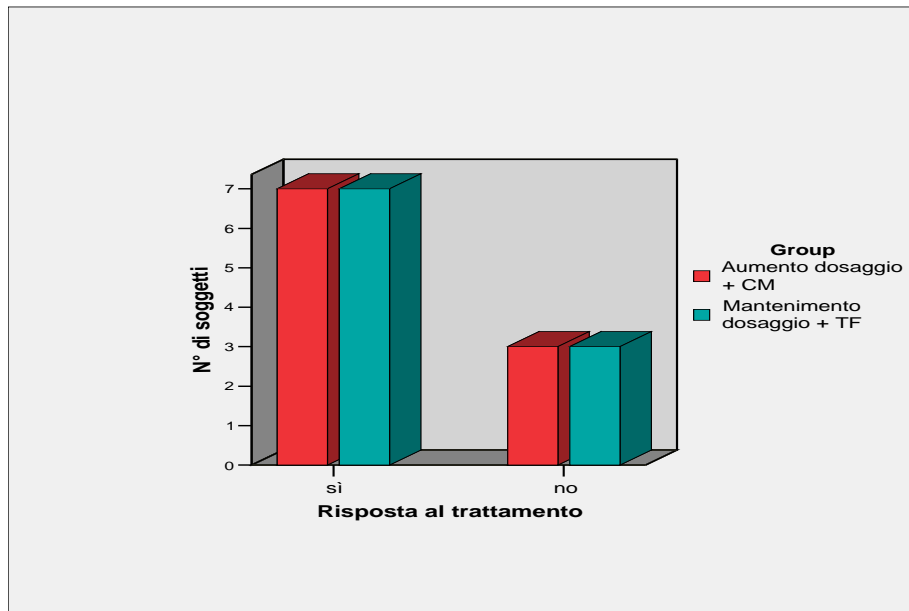


Fig. 2: Numero di ricadute totali per gruppo durante tutto il periodo di follow-up (T2-T6)

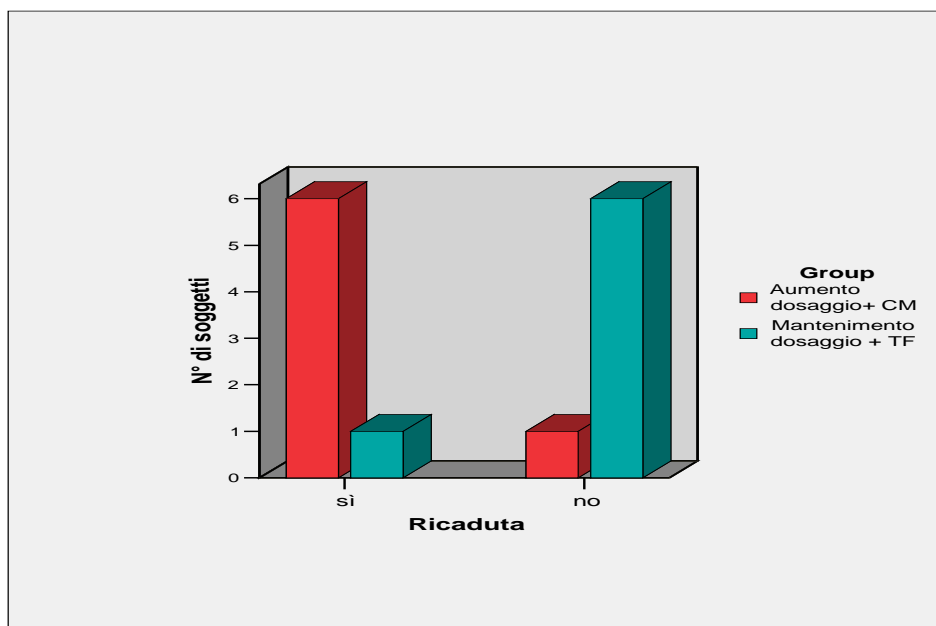
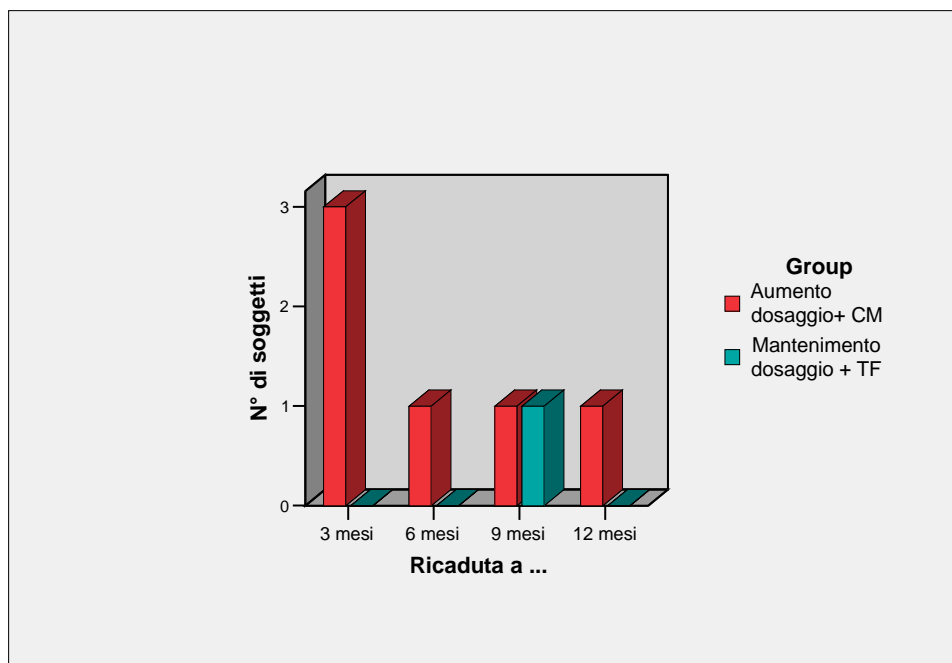


Fig. 3: Numero di ricadute per gruppo a 3, 6, 9 e 12 mesi



8.4 Discussione

I dati del presente studio mettono in evidenza come la PCSTF si è dimostrata efficace, e di utile impiego, nella gestione della perdita di efficacia della terapia antidepressiva in pazienti con depressione ricorrente. Le valutazioni effettuate a fine terapia (T2) hanno sottolineato una risposta positiva di entrambi i gruppi alla condizione di trattamento a cui sono stati assegnati: sette soggetti su dieci (in entrambi i gruppi) sono infatti stati valutati come migliorati alla scala del Miglioramento di Kellner ed hanno riportato una diminuzione della sintomatologia depressiva come dimostrato dal decremento dei punteggi ottenuti alla CID. Le differenze tra i punteggi ottenuti alla CID, prima e dopo il trattamento, sono infatti altamente significative in entrambi i

gruppi, ed anch'essi dimostrano un notevole miglioramento della sintomatologia depressiva.

Questi dati evidenziano come, nel *breve termine*, i due diversi trattamenti sembrano essere ugualmente efficaci nella riduzione dei sintomi depressivi. Questi dati confermano dati ben noti in letteratura che sottolineano l'efficacia della farmacoterapia e di strategie psicoterapiche, come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), nella gestione della sintomatologia acuta della depressione (American Psychiatry association, 2000; Andrews G, 2001; Blackburn IM, Moore RG, 1997; Nelson JC, 2006; Schulberg HC, Katon W, Simon GE et al. 1998). Uno recente studio condotto da Miller e colleghi (2006), su una popolazione di pazienti depressi, ha dato risultati simili dimostrando come l'aggiunta della PCSTF alla farmacoterapia e/o alla terapia cognitiva (CT) era in grado di produrre una maggior proporzione di pazienti migliorati ed una significativa riduzione della sintomatologia depressiva. Questo studio sottolinea le potenzialità della PCSTF nel trattamento della depressione. I nostri dati sembrano confermare inoltre i risultati di altri RCT (Barbato A, D'Avanzo B, 2007; Beach SRH, O'leary KD, 1992; Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM, 1996, 1997; Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH, 2003; Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, et al., 1989; Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, et al., 1991; Leff J, Vearnals S, Brewin CR, 2000; Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005; Teichman Y, Bar-El Z, Shor H, 1995) che hanno dimostrato la parità di efficacia della terapia di coppia o familiare rispetto ad altre forme di intervento già riconosciute valide per il trattamento della depressione come la CBT, la terapia cognitiva (CT) e la terapia interpersonale (ITP). Se quindi da un lato la sintomatologia depressiva può essere trattata attraverso uno svariato numero di strategie psicoterapiche, dall'altro la terapia di coppia si è dimostrata l'unica in grado di indurre una modificazione nelle relazioni di coppia e coniugali, elementi estremamente importante nella prognosi a lungo termine della depressione.

Ritornando ai nostri dati, nel *lungo termine*, le indagini condotte ai diversi follow-up di 3, 6, 9, e 12 mesi mettono invece in risalto un andamento molto diverso da quello identificato a fine trattamento, evidenziando un pattern di risposta alle due condizioni di trattamento diametralmente opposto. Il numero di ricadute all'interno del gruppo AD+CM é infatti decisamente più elevato rispetto al gruppo MD+TF: sei dei sette soggetti che avevano risposto all'aumento del dosaggio (e Clinical Management) sono ricaduti durante il follow-up e solo un soggetto ha continuato a rispondervi. Al contrario, dei sette soggetti che avevano risposto alla terapia familiare solo 1 è ricaduto e tutti gli altri 6 hanno mantenuto i miglioramenti riportati a fine trattamento (T2) fino al follow-up. I dati ottenuti attraverso la regressione logistica mettono inoltre in evidenza come la maggior gravità della depressione riportata al baseline dai soggetti appartenenti al gruppo AD+CM (rispetto al gruppo MD+TF) non abbia influito significativamente sul diverso numero di ricadute registrate nei due gruppi al follow-up. Questa analisi mette in risalto come la variabile che prevalentemente influisce sulla probabilità di ricaduta sia in realtà la condizione di trattamento a cui i soggetti sono stati assegnati. I soggetti appartenenti al gruppo AD+CM hanno infatti una probabilità di ricaduta (rispetto alla non ricaduta) 36 volte più alta rispetto ai soggetti assegnati al gruppo MD+TF. Questi dati sembrano confermare altri dati presenti in letteratura che sottolineano come il ritorno di sintomi depressivi durante l'assunzione di terapia antidepressiva è un fenomeno clinico molto frequente (Fava GA, 2003) che può interessare dal 9 al 57 per cento dei casi (Byrne SE, Rothschild AJ, 2003). Byrne e colleghi suggeriscono inoltre che l'aumento della dosaggio spesso non corrisponde ad una diminuzione della sintomatologia (Byrne SE, Rothschild AJ, 1998): la maggior parte degli antidepressivi mostra infatti un andamento piatto della curva dosaggio/risposta. Nel nostro caso infatti, nonostante l'aumento del dosaggio dell'antidepressivo, l'85% dei casi (6 soggetti su 7) ricade nel giro di un anno.

I nostri dati sottolineano inoltre come la lunghezza del trattamento antidepressivo non sembra influenzare il corso e la prognosi a lungo termine della depressione. I soggetti inclusi nel nostro studio infatti sono ricaduti nonostante fossero stati trattati con antidepressivi per una media di 10 mesi prima dell'inclusione nello studio e per altri 3 mesi durante la sperimentazione. Viguera (Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J, 1998) e Baldessarini (Baldessarini RJ, Ghaemi SN, Viguera AC, 2002) avevano infatti già notato questo fenomeno sottolineando come nel momento in cui l'antidepressivo viene sospeso, il fatto che i pazienti siano stati trattati per 3 mesi o 3 anni non sembra fare nessuna differenza, anzi, è stato suggerito che più lungo è il trattamento antidepressivo e più probabile è la ricaduta. L'elevato numero di ricadute dei pazienti all'interno del gruppo AD+CM è inoltre difficilmente spiegabile dalla perdita di effetto placebo in quanto tutti i pazienti, per essere ammessi allo studio, dovevano essere stati sottoposti a trattamento antidepressivo da almeno sei mesi e se ci fosse stato un effetto placebo questo sarebbe risultato evidente durante i primi mesi di assunzione del farmaco.

I dati del presente studio sembrano inoltre supportare i risultati ottenuti da recenti ricerche che suggeriscono l'efficacia dell'utilizzo di strategie psicoterapiche nella prevenzione della ricaduta in pazienti con depressione ricorrente (Blackburn IM, Moore RG, 1997; Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P, 1998; Fava GA, Ruini, 2000; Rush AJ, Thase ME, 1999). Studi controllati hanno infatti dimostrato che, nella maggior parte dei pazienti, il trattamento farmacologico della depressione non risolve molti sintomi residui come irritabilità, ansia, disadattamento sociale ed interpersonale. Questi sintomi tendono a permanere e divenire poi sintomi prodromici di un successivo episodio e quindi importanti fattori di rischio per successive ricadute (Fava GA, 1999).

In conclusione questi risultati sono in linea con i dati della letteratura che: 1) sottolineano l'elevata probabilità di una seconda ricaduta dopo l'aumento dell'antidepressivo all'interno di un farmacoterapia di mantenimento (Schmidt ME, Fava M, Zhang S, et al., 2002), 2) suggeriscono l'efficacia dell'utilizzo di strategie psicoterapiche nella prevenzione della ricaduta in pazienti con depressione ricorrente (Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P, 1998; Fabbri S, 2004) e 3) suggeriscono l'efficacia di diverse strategie, farmacologiche e psicotraumatiche (individuali, di coppia e familiari) utilizzate sia insieme che da sole, per un efficace trattamento della fase acuta della depressione (Barbato A, D'Avanzo B, 2007; Beach SRH, O'leary KD, 1992; Emanuels-Zuurveen L, Emmelkamp PM, 1996, 1997; Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH, 2003; Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, et al., 1989; Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, et al., 1991; Leff J, Vearnals S, Brewin CR, 2000; Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, et al., 2005; Teichman Y, Bar-El Z, Shor H, 1995).

I nostri dati mostrano inoltre l'importanza rivestita dai fattori psicosociali (Kellner R, 1972; Paykel ES, 1976) nell'influenzare la ricaduta durante una farmacoterapia antidepressiva di mantenimento, cruciale sembra essere ad esempio il ruolo giocato dai "life events". Nonostante nel presente studio non sia stata condotta una valutazione sistematica degli eventi stressanti precedenti la ricaduta, in molti casi i pazienti sembrano ricadere dopo eventi quali: pensionamento, difficoltà di coppia, problemi con la famiglia allargata, abbandono del nucleo familiare da parte di uno dei suoi membri, ect. Questa tendenza sembra ricalcare, o quanto meno andare nella stessa direzione di alcune osservazioni fatte da Paykel e Tanner già nel lontano 1976. Queste osservazioni derivano da uno studio condotto su pazienti depressi in terapia di mantenimento con amitriptilina e psicoterapia. Gli autori hanno esaminato le differenze del numero di "life events" precedenti le ricadute tra 30 donne che erano ricadute ed altre 30 che invece non lo erano. I dati emersi sottolineano

come le donne che erano ricadute avevano riportato, nei 3 mesi precedenti la ricaduta, molti più eventi percepiti come indesiderati rispetto alle donne che invece si erano mantenute in remissione. Le differenze tra i due gruppi aumentavano ancora di più se si limitava l'indagine al mese che precedeva la ricaduta. Questi dati e altri studi (Moerk KC, Klein DN, 2000), confermano il ruolo degli eventi stressanti nel determinare una ricaduta in pazienti depressi. Un altro studio più recente, condotto su 50 pazienti con depressione maggiore, sottolinea come il numero di eventi stressanti indesiderati e negativi è il miglior predittore dei punteggi riportati alla Beck Depression Inventory a due anni di follow-up (Mundt C, Reck C, Backenstrass M, et al., 2000). Un'altra ricerca condotta su 123 donne depresse mette in evidenza come la maggior parte di queste donne riportò, nel periodo precedente la ricaduta, recenti difficoltà nelle relazioni con i genitori, il partner o altri significativi. Gli autori sottolineano come le attuali difficoltà relazionali possono generalmente essere fatte risalire a difficoltà interpersonali durante l'infanzia e/o l'adolescenza e mettono in evidenza come queste ultime costituiscano un importante indice predittivo della gravità della depressione attuale (Garnefski N, vanEgmond M, Straatman A, 1990). Friis e colleghi (2002) hanno trovato che la giovane età, la classe sociale più bassa e la presenza di eventi di vita negativi e stressanti in ambito familiare sono associati ad un maggior rischio di sviluppo di depressione. Assenza di eventi stressanti a scuola ed in famiglia sono invece correlati al miglioramento dei livelli di depressione. Diversi studi (Beach SRH, Fichman FD, Katz J, 1998; Beach SRH, O'Leary KD, 1992, Burns DD, Sayers SL, Moras K, 1994; Fitchman FD, Beach SRH, Harold GT, et al., 1997), condotti su svariati campioni e durante differenti stages di sviluppo familiare, mettono in evidenza come la presenza di difficoltà coniugali sembrano essere in grado di predire un aumento di sintomi depressivi o la permanenza di questi ultimi per periodi più lunghi. Fichman e colleghi (1997) sottolineano come la relazione appena identificata sembra essere più

accentuata per le donne che per gli uomini. Questi autori sembrano ipotizzare che alcuni pattern interpersonali negativi all'interno della coppia, come: eccessiva critica, abuso fisico o psicologico e la presenza di atteggiamenti che mettono in crisi la fiducia reciproca, sono in grado di indurre una diminuzione dell'autostima e della soddisfazione coniugale che a loro volta possono diventare fattori scatenanti della depressione o perpetuarne il mantenimento. Questi studi sembrano deporre a favore del così detto "marital discord model of depression" che presuppone una relazione causale tra difficoltà coniugali e sviluppo o peggioramento della depressione. Nonostante ciò, a causa delle diverse limitazioni metodologiche di molti degli studi appena citati è difficile poter arrivare ad una conclusione definitiva e scartare completamente altre ipotesi come ad esempio la "stress generation theory" di Hammen (1991) che sottolinea invece come i soggetti depressi tendano a generare elementi stressanti, soprattutto in ambito interpersonale, e che ciò a sua volta possa indurre una esacerbazione delle sintomatologia depressiva

Questi dati mettono comunque in evidenza l'importanza dell'assessment iniziale una volta che viene osservata una perdita di effetto dell'antidepressivo. L'esplorazione degli aspetti psicosociali della sofferenza del soggetto sembrano essere elementi importanti che possono guidare una più consapevole scelta della terapia più adatta al paziente. La strategia psicoterapica più adatta a gestire la ricaduta dovrebbe infatti essere scelta con cura ponendo attenzione alle caratteristiche cliniche del paziente ma soprattutto cercando di analizzare quali eventi psicosociali possono aver contribuito alla diminuzione di efficacia del farmaco. Questo permetterebbe la scelta della strategia che risulta più adatta a gestire le problematiche attuali del paziente. La terapia di coppia o familiare dovrebbe essere il trattamento di elezione nel caso in cui: 1) il partner depresso mostra una maggiore preoccupazione rispetto ai problemi coniugali che la propria depressione, 2) il partner con depressione identifica le difficoltà di coppia come causa primaria

della depressione o le colloca come temporalmente precedenti lo sviluppo dell'episodio depressivo, 3) le distorsioni cognitive e i sintomi "individuali" sembrano essere percepiti dal soggetto depresso come meno salienti rispetto alle difficoltà familiari (Beach RH, Fincham FD, Katz J, 1998).

Limiti della ricerca e sviluppi futuri

Lo studio presenta alcuni limiti determinati prevalentemente dalla natura preliminare dello stesso. Innanzi tutto la numerosità limitata del campione rende difficile la generalizzazione dei risultati ad una popolazione più ampia. Lo studio ha inoltre un design seminaturalistico: i pazienti infatti sono stati trattati con diversi antidepressivi a diversi dosaggi. Questa caratteristica può rappresentare una limitazione dal punto di vista strettamente clinimetrico ma nello stesso tempo rende i risultati meno artificiosi e più utilizzabili in ambito clinico in quanto riflettono in modo più realistico la realtà della pratica clinica. Un'altro elemento che può aver influenzato i risultati, e che non era esattamente bilanciato tra i due gruppi, è la diversa durata delle sessioni di trattamento: le sedute di CM duravano infatti 40 minuti mentre quelle di PCSTF duravano 1 ora. E' difficile dire quanto questo fattore aspecifico, legato alla quantità di tempo che il paziente trascorre con il clinico, abbia influito sui risultati e sulle diverse percentuali di ricaduta. Oltre a ciò la condizione MD+TF presupponeva il coinvolgimento nel trattamento non solo del paziente depresso ma anche di un familiare o altro significativo, mentre per il gruppo AD+CM questa partecipazione non era prevista. In questo senso i risultati sono estendibili esclusivamente ad una popolazione di pazienti con depressione ricorrente che vivono con un familiare o con un altro significativo disposto a partecipare alla terapia. Questo è sicuramente un

elemento che limita l'accessibilità di questo tipo di terapia ad un vasto gruppo di persone.

E' chiara la necessità di replicare questo studio all'interno di una popolazione più estesa cercando di ottenere una maggiore standardizzazione dei fattori specifici che possono aver influito sull'esito della terapia. Ad esempio, anche la condizione AD potrebbe presupporre la partecipazione di un familiare agli incontri di CM giustificando quindi anche un aumento della durata di questi incontri da 40 a 60 minuti e permettendo così un maggior bilanciamento di queste variabili.

Nel nostro caso, come anche in molti altri studi effettuati sulla depressione, il campione preso in esame è prevalentemente composto da donne (60%) e quindi anche in questo caso i nostri dati sono esclusivamente generalizzabili ad una popolazione prevalentemente femminile. Questo non ci permette di predire quanto questo approccio possa essere efficace nel caso in cui sia il marito ad essere depresso. Ulteriori studi potrebbero indagare la necessità di eventuali modifiche al protocollo terapeutico nel caso in cui sia l'uomo a richiedere aiuto.

Un nuovo elemento di indagine che non è ancora stato affrontato in letteratura, se non in maniera marginale, è l'effetto che la terapia di coppia può avere sulle problematiche sessuali spesso riscontrate in pazienti depressi. La sessualità riveste infatti un ruolo molto importante nell'equilibrio della coppia e può avere ripercussioni sulla qualità delle relazioni coniugali e a sua volta sulla sintomatologia depressiva. Questo aspetto sembra inoltre di cruciale importanza per tutti i pazienti depressi che assumono farmaci, come gli SSRI, che notoriamente creano difficoltà sessuali come diminuzione del desiderio ed impotenza negli uomini.

In generale i dati provenienti dalla letteratura più recente sembrano raggiungere un parere unanime sull'utilità di svariate strategie psicoterapiche che implicano il coinvolgimento della famiglia nel trattamento di un crescente

numero di disturbi psichiatrici. Questa consapevolezza è stata inoltre consolidata all'interno di alcune linee guida sviluppate dall'APA che raccomandano l'utilizzo di trattamenti familiari tempestivi per la gestione della schizofrenia (American Psychiatric association work group on schizofrenia, 2004), della depressione (American Psychiatric Association work group on depressive disorder, 2000) e del disturbo bipolare (American Psychiatric Association work group on bipolar disorder, 2002). Il miglioramento dell'ambiente familiare non solo sembra avere grosse potenzialità terapeutiche ma sembra costituire un punto di partenza ottimale per interventi di tipo preventivo sia in psichiatria che in medicina generale.

8.5 Conclusioni

Nel breve termine la Problem Centered Systems Therapy of the Family si è dimostrata efficace quanto l'aumento del farmaco nel diminuire la sintomatologia depressiva. Nel lungo termine invece la PCSTF si è dimostrata nettamente superiore all'aumento del farmaco nel prevenire la ricaduta in pazienti con depressione ricorrente.

Questi risultati sono in linea con i dati della letteratura che sottolineano l'elevata probabilità di una seconda ricaduta dopo l'aumento dell'antidepressivo all'interno di una farmacoterapia di mantenimento e suggeriscono l'efficacia dell'utilizzo di strategie psicoterapiche nella prevenzione della ricaduta in pazienti con depressione ricorrente.

Bibliografia

- Ablon SL, Daveprt YB, Gershon ES, Adalnd ML, (1975). The parried manic. American Journal of Orthopsychiatry, 45:854-66,
- Ackerman NW, (1958). The Psychodynamics of Family Life, Basic Books, New York
- Akister J, Stevenson-Hinde J, (1991). Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device. Family Therapy, 13:63-73
- American Psychiatric Association work group on bipolar disorder: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, (revision). (2002). American Journal of Psychiatry; 159: (suppl. 4)
- American Psychiatric Association work group on depressive disorder: Practice guideline for the treatment of patients with depressive disorder, (revision). (2000) American Journal of Psychiatry, 157: (suppl. 4)
- American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Journal of Psychiatry; 157 (Apr Suppl.):1-45
- American Psychiatric Association work group on schizophrenia: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. (2004). American Journal of Psychiatry; 161:(suppl. 2)
- Amerio P, (1996). Alcune considerazioni sulla nozione di azione in psicologia sociale. In Regalia C, Scaratti G. Conoscenza e azione nel lavoro sociale. Roma: Armando.
- Ananth J, (1998). Treatment-resistant depression. Psychotherapy and Psychosomatics, 67:61-70

- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ, (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 65:490–505
- Andrews G, (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322:419-21
- Argyle M, Crossland J. (1987). The dimensions of positive emotions. *British Journal of Social Psychology*, 26:127-37.
- Arpin K, Fitch M, Browne GB, Corey C, (1990). Prevalence and Correlates of Family Dysfunction and Poor Adjustment to Chronic Illness in Speciality Clinics. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(4): 373-383
- Baldessarini RJ (2001). Drugs and the treatment of psychiatric disorders: antidepressant and anti-anxiety agents. Pp.485-520. In: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editors. *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. 10th ed. New York: McGraw-Hill
- Baldessarini RJ, Ghaemi SN, Viguera AC, (2002). Tolerance in antidepressant treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71: 177-9
- Barbato A, D'Avanzo B, (2007). Marital therapy for depression (review). *The Cochrane collaboration*. Wiley & Sons
- Barrett P, Healy-Farrell L, March JS, (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43:46–62
- Baruch GK, Barrett R, (1986). Role Quality, Multiple Role Involvement, and Psychological Well-being in Midlife Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3):578-85.
- Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Sticle TR, (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital

- distress and adult health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66:53-88
- Beach SRH, Fichman FD, Katz J, (1998). Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18:635-661
- Beach SRH, O'Leary KD, (1992). treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23:507–528.
- Beck AT, Emry G, (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al., (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Berkman LF, SymeSL, (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2):186-204.
- Berman EM, Lief HI, (1975). Marital therapy from a psychiatric perspective: An overview *American Journal of Psychiatry*, 132: 583-592
- Bernal ME, Klinnert MD, Schultz LA, (1980). Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal of Applied Behavioral Annals*, 13:677–691
- Bertrando P, Toffanetti D, (2000). *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Biglan A, Rothlind J, Hops H, Sherman L, (1989). Impact of distressed and aggressive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 98:218-228
- Bishop D S, Evans R L, Miller I W, Epstein N B, Keitner G I, Ryan C, Weiner D, Johnson B (1997), *Family Intervention Telephone Tracking, a Treatment manual for acute Stroke Providence*. Rhode Island: Brown University Research Program

- Bishop D, Andreoli N, Marlowe S, Furman M, Keitner GI, Epstein N, Kaplan S, & Miller I (1987), Family Functioning, Depression, Health Status, and Functional Capacity in Lupus. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 68
- Bishop DS, Epstein NB, (1980). Family problems and disabilities (pp 337-364). In DB Bishop (Ed.), *Behavioural problems of the disabled* Williams & Wilkins, Baltimore
- Bishop DS, Epstein NB, Baldwin LM, (1980). Structuring a Family Assessment Interview. *Canadian Family Physician*, 26:1534-1537
- Bishop DS, Epstein NB, Levin S, (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4:19-31
- Bishop DS, Miller IW, (1988). Traumatic Brain Injury: Empirical Family Assessment Techniques. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3(4):16-30
- Bishop DS, Miller IW, Jhonson B, Weiner D, Guilmette T, Mukand JA, Statson WB, Keitner GI, Ryan C, Epstein N (2002). Family Intervention Telephone tracking (FITT): a preliminary stroke outcome study. Providence RI: Brown University Family Research Program following stroke.
- Blackburn IM, Moore RG, (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171:328-34
- Brennan JW, (1995). A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. *Social Work*, 40:737-43;
- Brody EM, (1974). Acting and family personality. A developmental view. *Family Process*, 13:23-37
- Brown GW, Birley JLT, Wing JK, (1972). Influence of family life on the course of the schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 145:241-258

- Burns DD, Sayers SL, Moras K, (1994). Intimate relationship and depression: Is there a causal relationship? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 62:1033-1043
- Butzlaff RL, Hooley JM, (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55:547-552
- Byles J, Byrne C, Boyle M, Offord D (1988), Ontario Child Health study: Reliability and Validity of the General Functioning Scale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27(1):97-104
- Byrne SE, Rothschild AJ, (1998). Loss of antidepressant efficacy during maintenance therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59:279-288
- Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Gick I, (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatry Service*, 49:531-3.
- Clarkin JF, Glick ID, Haas GL, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J et al., (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorder*, 18:17-28
- Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H, (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hospital Community Psychiatry*., 42(10):1038-43
- Codispoti O, Clemental C, (1999). *Psicologia Clinica: modelli, metodi, trattamenti*, Carrocci Editore, Roma
- Comley A, (1973). Family therapy and family physicians. *Canadian Family Physician*, 19: 78-81
- Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ, (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Review*., 24(4):369-85.
- Coyne JC, (1997). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39:28-40

- Coyne JC, Kahn J, Gotlib IH, (1997). Depression (pp/509-533). In T Jacob (ed) Family interaction and psychopathology. New York: Plenum
- Crowne DP, Marlowe D, (1964). The approval motive: Studies in evaluative dependence. New York: Wiley
- Cunningham CE, Benness BB, Siegel LS, (1988). Family Functioning, Time Allocation, and Parental Depression in the Families of Normal and ADDH. *Children Journal of Clinical Child Psychology*, 17(2):169-177
- Davenport YB, Ebert MH, Adland ML, Goodwin FK, (1977). Couples group therapy as adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47:495-502
- Davis JM, Janicak PG, Hogan DM, (1999). Mood stabilizers in the prevention of recurrent affective disorders: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100: 406-17
- Dawson R, Lavori PW, Coryell WH, et al., (1998). Maintenance strategies for unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 49:31-44
- De Shazer S, (1991). *Putting Differences to Work*. pp14-15, Norton, New York
- Depression Guideline Panel (1993). *Depression in primary care: Vol. 1 - detection and diagnosis*. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, 31
- Dessaulles A, Jhonson SM, Denton WH, (2003). Emotion focused therapy for couples in treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31:342-53
- Diamond G, Josephson A, (2005). Family based treatment research: a 10 year update. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9):872-87
- Diener E, (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95:542-575.

- Diener E, Diener M, (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4):653-63.
- Disalver SC, (1999). Heterocyclic antidepressant, monoamine oxidase inhibitor and neuroleptic withdrawal phenomena. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 14:137-61
- Edwards JG, (1998). Long-term pharmacotherapy of depression. *British Medical Journal*, 316: 1180-1
- Ellis A, Becker I A 1982. *Guide to personal happiness*. Hollywood: Melvin Powers Wilshire,
- Emanuel-Zuurveen L, Emmelkamp PM, (1996). Individual behavioral-cognitive therapy v. marital therapy for depression in marital distressed couples. *British Journal of Psychiatry*, 169:181-188.
- Emanuel-Zuurveen L, Emmelkamp PM, (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behavioral Modifications*, 21:62-77.
- Emiliani F, Zani B, (1998). *Elementi di psicologia sociale*. Bologna: il Mulino.
- Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A (1993). *Anxiety disorders*. Chichester: Wiley
- Emmons RA, (1986). Personal Strivings: An Approach to Personality and Subjective Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51:1058-68.
- Emmons RA, (1992). Abstract versus Concrete Goals: Personal Striving Level, Physical Illness, and Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62:292-300.
- Endicott J, Spitzer RL, (1978). A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35:837-844
- Engel GL, (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann NY Acad Sci*, 310:169-187

- Epstein NB, Rakoff V, Sigal JJ, (1968). The family category schema, Jewish General Hospital, Department of Psychiatry Montreal
- Epstein NB, (1958). Concepts of normality or evaluation of emotional health. Behavioural Science, 335-343
- Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS, (1983). The Mc Master Family Assessment Device. Journal of Marital and Family Therapy, 9(2):171-180
- Epstein NB, Bishop DS, (1973). Family therapy: State of the Art – 1973, Canadian Psychiatric Association Journal, 18:175-183
- Epstein NB, Bishop DS, (1981). Problem Centered Systems Therapy of the Family Chapter 12, pp444-482. In A Gurman and D Kniskern (Eds), Handbook of Family Therapy New York: Brunner/ Mazel
- Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Miller IW, (1990). A systems therapy: Problem-Centred Systems Therapy of the Family, pp.405-436, in Handbook of the Brief Psychotherapies, edited by Wells RA, Riannetti V J, Plenum Publishing Corporation, New York
- Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, Miller IW, Keitner GI, (1988). Treatment Manual- Problem Centred Systems Therapy. Providence, RI, Brown University Family Research Program
- Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, Miller IW, Keitner GI, (1988). Treatment Manual- Problem Centred Systems Therapy. Providence, RI, Brown University Family Research Program
- Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE, Miller IW, Keitner GI, (1993). The McMaster Model: View of Healthy Family Functioning, pp.138-160. In F Walsh (Ed) Normal Family Processes (2nd edition), New York: The Guilford Press
- Epstein NB, Levin S, Bishop DS, (1976). The family as a social unit. Canadian Family Physician, 22:1411-1413

- Epstein NB, McAuley RG, (1978). A family system approach to patients' emotional problems in family practice. In JH Medalie (Ed), Family Medicine: principles and application (pp 223-229), Williams & Wilkins
- Evans RL, Bishop DS, Halar E, (1987). Family Interaction & Treatment Adherence After Stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, August , 68
- Evans RL, Bishop DS, Matlock AL, Noonan WC, (1987). Pre-stroke Family Interaction as a Prediction of Stroke Outcome. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, August, 68
- Evans RL, Halar EM, Bishop DS, (1986). Family Function as a Predictor of Stroke Outcome. Archives Physical Medicine and Rehabilitation, September, 67
- Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, Stranahan S, Noonan C, (1987). Predicting Post Stroke Family Function: A Continuing Dilemma. Psychological Reports, 60:691-695
- Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, Stranahan S, Pederson C (1988), Family Intervention after Stroke: Does Counselling or Education Help? Stroke. Vol.19:10, October
- Eyberg SM, Boggs SR, Algina J, (1995). Parent-child interaction therapy: a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. Psychopharmacology Bulletin, 31:83-91
- Fabbri S, (2004). Family intervention approach to loss of clinical effect during antidepressant treatment. Psychotherapy and Psychosomatics, 73:124
- Fava GA et al, (1996). Il concetto di stadiazione nei disturbi psichiatrici. Quaderni Italiani di Psichiatria, 15(6):333-342
- Fava GA, (1997). Conceptual obstacles to research progress in affective disorders. Psychotherapy and Psychosomatics; 66:283-5

- Fava GA, (1999). Subclinical symptoms in mood disorders. *Psychological Medicine*, 29:47-61
- Fava GA, (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64:123-133
- Fava GA, Bartolucci G, Rafanelli C, et al., (2001). Cognitive behavioral management of patients with bipolar disorders relapsing while on lithium prophylaxis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:556-9
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Canestrari R, Morphy MA (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151:1295-9
- Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Ravanelli C, Canestrari R, (1996). Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal Psychiatry*, 153: 945-7
- Fava GA, Kellner R, Staging A, (1993). Neglected dimensions in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87:225-30
- Fava GA, Molnar G, Grandi S, Sonino N, (1991). Prodromal symptoms and intermittent drug medication in mood disorders. *Pharmacopsychiatry*, 24:28-30
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA, (1998). Six year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155:1443-7
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P, (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 55: 816-820
- Fava GA, Ravanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S, (1998). Well-being therapy. *Psychological Medicine*, 28: 475-80
- Fava GA, Ruini C (2002a) Enhancing psychological well-being: the role of psychotherapeutic strategies. In: Keyes CL, Haidt J (eds) *Flourishing* Washington: American Psychological Association,

- Fava GA, Ruini C, (2002b). Il trattamento a lungo termine della depressione: non esistono solo i farmaci. *Recenti Progressi in Medicina*, 93:343-345
- Fava GA, Ruini C, (2002c). The sequential approach to relapse prevention in unipolar depression. *World Psychiatry*, 1:10-5
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Grandi S, (2002). Cognitive behaviour approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 159:2094-2095
- Fava GA, Svron G, Zielezny M et al., (1997). Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95:306-12
- Fava M, Kendler KS, (2000). Major depressive disorder. *Neuron*, 28: 335-41
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute
- Fitchman FD, Beach SRH, Harold GT, Osborne LN, (1997). Marital satisfaction and depression: longitudinal relationship for husband and wives. *Psychological Science*, 8:351-357
- Fitzgerald RG, (1972). Mania as a message: Treatment with family therapy and lithium carbonate. *American Journal of Psychotherapy*, 26 :547-54
- Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM., Sholomaskas D, Chevron E, (1989). Individual versus conjoint interpersonal therapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10:29-42.
- Fowler R, (1981). Maximum likelihood factor structure of the family environment scale. *Journal of Clinical Psychology*, 37:160-164

- Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinsky VJ, (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47:1093-1099
- Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al., (1990). Three-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47:1093-9
- Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al., (1993). Comparison of full dose versus half-dose pharmacotherapy in the maintenance treatment of recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 27:139-45
- Freitas Wde M, Coelho Ede A, da Silva AT, (2007). Fatherhood: The male experience from a gender focus. *Cad Saude Publica.*, 23(1):137-45.
- Friedmann MS, McDermet WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW, (1997). Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families. *Family Process*, 36:357-367
- Friis RH,, Wittchen HU, Pfister H, Lieb R (2002). Life events and changes in the course of depression in young adults. *European Psychiatry*, 17:241-253
- Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM, (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital Family Therapy*, 29:491–504
- Gardner R, (2005). The social brain. *Psychiatric Annals*, 35:778–786
- Garnefski N, van Egmond M, Straatman A, (1990). The influence of early and recent life stress on severity of depression. *Acta Psychiatrica Scand.*, 81(3):295-301
- Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361:653-61.

- Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK, (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:173–178
- Goodman D, Happell B, (2006). The efficacy of family intervention in adolescent mental health. *Int Journal of Psychiatry Nurse Research*, 12(1):1364-77
- Goodyer I, Nicol A R, Eavis D, Pollinger G, (1982). The Application and Utility of a Family Assessment Procedure in a Child Psychiatric Clinic. *Journal of Family Therapy*, 4:373-395
- Gorsuch R, (1983). *Factor analysis* (2nd ed). Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum Associates
- Greene BL, Lusting N, Lee RR, (1976). Marital therapy when one spouse has primary affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 133:827-30
- Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A, (1997). Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull Menninger Clinic*; 61:446–457
- Gurman AS, Kniskern DP, (1978). Research marital and family therapy: Progress, perspective and prospect, pp. 817-901. In SL Garfield & AE Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change: an empirical analysis* (2nd ed), Wiley, New York
- Gurman AS, Kniskern DP, (1981). *Handbook of family therapy*. Vol 2, Brunner-Mazel, New York
- Hadley TR, Jacob T, Milliones J, Capian J, Spitz D, (1974). The relationship between family developmental crisis and the appearance of symptoms in a family member. *Family Process*, 13: 207-214
- Haggard EA, Havighurst RJ. (1953). Some factors affecting sixteen-year-olds' success in five developmental tasks. *Journal of Abnormal Psychology*, 48(1):42-52.

- Haley J, (1971). A review of a family therapy field (pp1-12). In J Haley (Ed),
 Changing families: a Family therapy reader. Grune & Stratton
- Haley J, (1985). Problem Solving Therapy. San Francisco: Jossey-Bass
- Hammen CL, (1991). The generation of stress in the course of unipolar
 depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100:555-561
- Headey B, Wearing A, (1991). Subjective Well-being: a Stocks and Flows
 Framework, in Strack, Argyle, (Eds.) Schwarz
- Hill R, (1949). Families under Stress. Harper- Row, New York
- Hill R, (1965). Generic features of families under stress In HN Parad (Ed),
 Crisis intervention: Selected readings (pp 32-52). New York Family
 Services Association of America
- Hoffman L, (1984). Principi di terapia della famiglia. p 25. Feltrinelli, Milano,
- Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P, (1997). Psychoeducation in
 bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*,
 72:17-22;
- Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ, (2000). Effectiveness of psychosocila
 treatments in bipola disorder: state of the evidence. *Harvard Review
 Psychiatry*, 8(3):126-40
- Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmaling DB, Salusky S, (1991).
 Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting
 and Clinical Psychology*, 59:547–557.
- Jacobson NS, Fruzzetti AE, Dobson K, Whisman M, Hops H, (1993). Couple
 therapy as a treatment for depression: II. The effect of relationship
 quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting and
 Clinical Psychology*, 61:516–519.
- Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, et al., (2001). Preventing recurrent depression
 using cognitive therapy with and without a continuation phase.
Archives of General Psychiatry; 58:381

- Jarrett RB, Kraft D, Schaffer M, et al. (2000). Reducing relapse in depressed out-patients with atypical features. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 69:232-4
- Joffe RT, Offord DR, Boyle MH, (1988). Ontario Child Health Study: Suicidal Behaviour in Youth Age 12-16 Years. *American Journal of Psychiatry*, 145(11):1420-1423
- Joiner TE Jr, Alfano MS, Metalsky GI, (1993). Caught in the crossfire: Depression, self-consistency, self-enhancement and the response of others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20:179-193
- Joiner TE Jr, Metalsky GI, (1995). A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69:778-788
- Judd LL (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54:989-91
- Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI (1990). A Psychometric Study of the McMaster Family Assessment Device in Psychiatric, Medical and Nonclinical Samples. *Journal of Family Psychology*, 3(4):431-439
- Kardiner A, (1939). *The individual and his society*. Columbia University Press, New York
- Kardiner A, Linton R, DuBois C, West J, (1945). *The psychological frontiers of society*. Columbia University Press
- Katz J, Beach SRH, (1997a). Romance in the crossfire: When do women's depressive symptoms predict partner relationship dissatisfaction? *Journal of Social and Clinical Psychology*
- Katz J, Beach SRH, (1997b). Self-verification and depressive symptoms in marriage and courtship: A multiple pathway model. *Journal of Marriage and the Family*

- Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, (1986). The Functioning of Families in Patients with Major Depression. *International Journal of Family Psychiatry*, 7:11-16
- Keitner GI, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Fruzzetti AE, (1987). Family Functioning and the Course of Major Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 28:54-64
- Keitner GI, Miller IW, Fruzzetti AE, Epstein NB, Bishop DS, Norman VM, (1987). Family Functioning and Suicidal Behaviour in Psychiatry Inpatients with Major Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 50:242-255
- Keitner GI, Miller IW, Fruzzetti AE, Epstein, NB, Bishop DS, Norman VM, (1987). Family Functioning and Suicidal Behaviour in Psychiatric Inpatients with Major Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 50:242-255
- Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Norman VM, (1990). Family Functioning, Social Adjustment, and Recurrence of Suicidality. *Psychiatry*, 53:17-30
- Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB, (1995). Role of the Family in Recovery and Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7):1002-1008
- Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Epstein NB, (1991). 12-Month Outcome of Patients with Major Depression and Comorbid Psychiatric or Medical Illness (Compound Depression). *American Journal of Psychiatry*, 148(3):345-350
- Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Norman VM, (1992). Recovery and Major Depression: Factor Associated with 12-Month Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 149:93-99
- Kellner R, (1972). Improvement criteria in drug trials with neurotic patients. *Psychological Medicine*, 2:73-80

- Kellner R, (1978). A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48:269-274
- Keyes CLM (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2):121-140.
- Kilik BG, Sener S, (2005). Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children with Attention Deficit Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Turk Psikiatri Dergisi*, 26(1):21-28
- Killipt T, Kimball JT, (1967). Treatment of myocardial infarction in coronary care unit. *American Journal of Cardiology*, 20:457-464
- Kreutzer J, Gervasio A, Camplair P, (1994). Patient Correlates of Caregivers' Distress and Family Functioning after Traumatic Brain Injury. *Brain Injury*, 8(3):211-230
- Kupfer DJ, (1992). Maintenance treatment in recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 161: 309-16
- Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 46:771-5
- Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, et al., (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49:769-73
- Langsley DC, Kaplan DM, (1968). *The treatment of families in crisis*. New York: Grune & Stratton
- Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E, Dayson D, Jones E, Chisholm D, Everitt B, (2000). The London Depression Intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with the partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177:95-100

- Lesser AL (1983). Hypomania and marital conflict. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28 :362-6
- Liddle HA, Halpin RJ, (1978). Family Therapy training and supervision literature: a comparative review. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4:77-98
- Liepeman MR, Nirenberg TD, Doolittle et al., (1989). Family Functioning of Male Alcoholics and Their Female Partners during Periods of Drinking and Abstinence. *Family Process*, 28:239-249
- Lin EHB, Katon WJ, Von Korff M, et al., (1998). Relapse of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 7:443-9
- Livingston B, Rasmussen SA, Einsen, J, & McCartney L. (1988). Family Functioning and Treatment in OCD. In Jenikes (Ed) *Obsessions and Compulsions*, 2nd edition Yearbook Medical Publishers
- Magnus K, Diener E, Fujita F, Pavot W, (1993). Extraversion and Neuroticism as Predictors of Objective Life Events: a Longitudinal Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5):1046-1053.
- Maj M, Pirozzi R, Kemali D, (1989). Long-term outcome of lithium prophylaxis in patients initially classified as complete responders. *Psychopharmacology*, 98:535-8
- Max JE, Castillo CS, Robin DA, Lindgren SD, Smith WL, Sato Y, Mattheis PJ, Stierwalt J AG, (1988). Predictors of Family Functioning After Traumatic Brain Injury in Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(1):83-90
- Max JE, Robin DA, Lindgren SD, Smith WL, Sato Y, Mattheis PJ, Stierwalt JAG, Castillo C S, (1997). Traumatic Brain Injury in Children and Adolescents: Psychiatric Disorders at Two Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (9):1278-1285

- Max JE, Robin DA, Lindgren SD, Smith WL, Sato Y, Mattheis PJ, Stierwalt JAG, Castillo CS, (1997). Traumatic Brain Injury in Children and Adolescents: Psychiatric Disorders at Two Years. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9):1278-1285
- Mayo JA, (1979). Marital therapy with manic-depressed patients treated with lithium. *Comprehensive Psychiatry*, 20:419-25
- Maziade M, Bernier H, Thivierge J, Cote R, (1987). The relationship between family functioning and demographic characteristics in an epidemiological study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32:526-533
- Maziade M, Boutin P, Cote R, (1987). Temperament and intellectual development: longitudinal study from infancy to four years. *American Journal of Psychiatry*, 144:144-150
- Maziade M, Caperaa P, Laplante B, et al (1985). Value of Difficult Temperament among 7-year-olds in the General Population for Predicting Psychiatric Diagnosis at Age 12. *American Journal of Psychiatry*, 142:943-946
- Maziade M, Caron C, Cote R, Merette C, Bernier H, Laplante B, Boutin P, Thivierge J, (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age 7. *American Journal of Psychiatry* 147:1531-1536
- McClelland CQ, Staples WI, Weisberg I, Bergin ME, (1973). The practitioner's role. *Behavioural Pediatrics*, 82:325-331
- McFarlane AH, Norman GR, Spitzer WO, (1971). Family Medicine: the dilemma of defining the discipline. *Canadian Medical Association Journal*, 105:397-401
- McFarlane AH, O'Connell B, Hay J, (1971). Demand for care model: its use in program planning for primary physician education. *Journal of Medical Education*, 46: 436-442

- McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A, (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital Family Therapy*, 29:223–245
- McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J, (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34:127–144
- McGoldrick M, Carter EA, (1986). *The Family Life Cycle*, in F Walsh, *Stili di funzionamento familiare*, Franco Angeli, Milano. Group for the Advancement of Psychiatry (1970), *The field of Family Therapy, Report*, 78, Vol. 7
- McKay JR, Murphy RT, Rivinus TR, Maisto SA, (1991). Family Dysfunction and Alcohol and Drug Use in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6):967-972
- Meeus W, Iedema J, Maassen G, Engels R, (2005). Separation–individuation revisited: on the interplay of parent–adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence. *Journal of Adolescence*, 28(1): 89-106
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behavioral Medicine*, 14:457-89
- Miklowitz DL, Simoneau TL, Gerge EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R, (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48:582–592
- Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and Validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(4):345-356

- Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Baldwin L, Van der Spuy HJJ, (1994). The Development of a Clinical Rating Scale for the McMaster Model of Family Functioning. *Family Process*, 33:53-69
- Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, Epstein NB & Bishop DS, (1986). Family Functioning in the Families of Psychiatric Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4):302-312
- Miller IW, Keitner GI, Ryan C, Cardemil EV, Beevers CG, (2006). Treatment Matching in the posthospital care of depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 162(11): 2131-2138
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Cardemil EV, Beevers CG, (2005). Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 162:2131–2138
- Miller IW, Keitner GI, Whisman MA, Ryan CE, Epstein NB, Bishop DS, (1992). Depressed Patients with Dysfunctional Families: Description and Course of Illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 101:637-646
- Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB, (2000). The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22:168-189
- Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, (2004) Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82: 431-436
- Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS, (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapists styles *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61:455-461
- Miller WR, Rollnick S, (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (II ed) New York: Guilford Press

- Minuchin S, Barcai A, (1969). Therapeutically induced family crisis. In J H Masserman (Ed), Science and psychoanalysis, Vol. XIV, Childhood and Adolescence (pp. 199-205) New York Grune & Stratton
- Moerk KC, Klein DN (2000). The development of major depressive episodes during the course of dysthymic and episodic major depressive disorders: a retrospective examination of life events. *Journal of Affective Disorders*, 58 (2):117-123
- Mundt C, Reck C, Backenstrass M, Kronmuller K, Fiedler P (2000). Reconfirming the role of life events for the timing of depressive episodes. A two-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 59(1):23-30
- Nelson JC, (2006). The STAR*D study: a four-course meal that leaves us wanting more. *American Journal of Psychiatry*, 163(11):1864-6
- North C, Gowers S, Byram V, (1997). Family Functioning and Life Events in the Outcome of Adolescent Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171:545-549
- Nunnally J, (1978). *Psychometric theory* (2nd ed), New York, McGraw- Hill
- O'Farrell T, Fals-Stewart W, Murphy CM, Stephan SH, Murphy M (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 72: 202–217
- O'Farrell TJ, Murphy CM, Stephan SH, Fals-Stewart W, Murphy M, (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consult Clinical Psychology* 72:202-17
- Olson DH (1970). Marital and Family Therapy: Integrative review and critique. *Journal of Marriage and the Family*, 32:501-538
- Olson DH, et al (1983). "Families What Makes Them Work", Beverly Hills, New Delhi, London: Sage

- Olson DH, McCubbin H, Barnes H, Larsen A, Moxen M, Wilson M (1983),
Family inventories. Unpublished manuscript
- Olson DH, Sprenkle D, Russell C (1979). Circumplex of marital and family
systems: I Cohesion and Adaptability dimensions, family types and
clinical applications. *Family Process*, 18:3-28
- Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, et al. (1993). Outcome of depression and
anxiety in primary care. *Archives of General Psychiatry*; 50:759-76
- Otagaki, Y, Iwamoto, Y, Yonezawa, H, Omori, H, Nishiyama, S, Takahashi,
T, Shishida, K (2001). A study of family functioning in eating
disorders: Measured by the Family Assessment Device. *Clinical
Psychiatry*, 43 (8):849-854
- Parad HJ, Caplan C (1965). A framework for studying families in crisis In H J
Parad (Ed), *Crisis intervention: Selected readings* (pp 53-72) New
York: Family Service Association of America
- Patriache M E (1974). Finding time for counselling. *Canadian Family
Physician*, 20:91-93
- Patterson GR (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple
settings, treatments and criteria. *Journal of Consulting Clinical
Psychology*, 43:471-481
- Paykel ES, (1985). The Clinical Interview for Depression. *Journal of Affect
Disorders*, 9:85-96
- Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, et al. (1999). Prevention of relapse in residual
depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56:
829-35
- Paykel ES, Tanner J. (1976). Life events, depressive relapse and maintenance
treatment. *Psychological Medicine*, 6: 481-5
- Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA (2005).
Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update.
Journal of Clinical Psychiatry, 162(12):2220-32

- Piccinelli M, (1994). Wilkinson G. Outcome of depression in psychiatric settings. *British Journal of Psychiatry*; 164: 297-304
- Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, et al. (1995). Remission and relapse in major depression. *Psychological Medicine*, 25: 1161-76
- Rapoport L (1965). The state of crisis: Some theoretical considerations, In HJ Parad (Ed), *Crisis intervention: Selected readings* (pp 22-31) New York: Family Service Association of America
- Retzer A, Simon FB, Weber GS, Stelin H, Schmidt GA (1991). A follow-up study of manic-depressive and shizoffective psychoses after systemic therapy. *Family Process*, 30:139-53;
- Robin Al, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A1999: A controlled comparison fo family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervos *J Am Acad Child Psychiatry*, 38 (12) 1482-9
- Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL (2005). Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychological Medicine*, 35:1385–1398
- Roy R (1990). Chronic Pain and “Effective” Family Functioning: A Re-Examination of the McMaster Model of Family Functioning. *Contemporary Family Therapy*, 12(69):489-503
- Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff CD, Fava GA (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-Being Scales (PWB). *Rivista di Psichiatria*, 28:117-129
- Rush AJ, Thase ME (1999). Psychotherapies for depressive disorders: a review, pp161-206. In *Depressive Disorders*, Edited by Maj M, Sartorius N, Chichester, Wiley
- Ryan EC, Epstein BN, Keitner GI, Miller IW, Bishop DS (2005). *Evaluating and treating families: the McMaster Approach*. Routledge, New York

- Ryff CD, (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57:1069-81
- Ryff CD, Singer BH (1996). Psychological well-being: meaning, measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65:14-23
- Saayman GS, & Saayman RV (1988/89). The Adversarial Legal Process and Divorce: Negative Effects upon the Psychological Adjustment of Children. *Journal of Divorce*, 12 (2/3): 329-348
- Sander AM, Caroselli JS, High W MJr, Becker C, Neese L, Scheibel R (2002). Relationship of family functioning to progress in a post-acute rehabilitation programme following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16 (8):649-657
- Sanford M, Boyle, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E, Offord D, (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *Journal of Academic Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4):386-495
- Sawyer MO, Saffis A, Baghurst PA, Cross DG, Kalucy RS (1988). Family Assessment Device: Reports from Mothers, Fathers, and Adolescents in Community and Clinic Families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14(3):287-296
- Scabini E (1985). *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*, Franco Angeli, Milano
- Schmidt ME, Fava M, Zhang S, Gonzales I, Raute NJ, Judge R (2002). Treatment approaches to major depressive disorder and relapse. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71:190-194
- Scholng A, Emmelkamp PMG (1993). Cognitive and behavioural treatments of fear o blushing, sweating or trembling. *Behavioural Research Therapy*; 31:155-70

- Schulberg HC, Katon W, Simon GE, et al. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55:1121-7
- Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behavior in clinical practice. *British Medical Journal*, 323:194–198
- Solomon DA, Keitner GI, Miller IW, et al. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56:5-13
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1989). Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders, 3rd ed., updated. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research
- Stanford BJ (1972). Counselling - A prime area for family doctors. *American Family Physician*, 5:183-185
- Taylor SE (1983). Adjustment to Threatening Events, a Theory of Cognitive Adaptation, in *American Psychologist*. 38:1161-1173.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*; 68:615-23
- Teichman Y, Bar-El Z, Shor H, Sirota P, Elizur A, (1995). A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry*, 58:136-148.
- Thase ME, Sullivan LR (1995). Relapse and recurrence of depression. *CNS Drugs*; 4: 261-77
- Thoits P (1983). Multiple Identities and Psychological Well-being: a Reformulation and Test of the Social Isolation Hypothesis. *American Sociological Review*, 48:174-187.

- Tienari P, Wynne C, Sorri A, Lahti I, Läksy K, Moring J, Naarala M, Nieminen P, Wahlberg KE (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: long-term follow up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*; 184: 216-222
- Uebelacker LA, Hecht J Miller IW (2006). The family check-up: a pilot study of a brief intervention to improve family functioning in adults. *Family Process*, 45(2):223-236
- Unal, S, Kaya, B, Cekem, B, Ozisik, H I, Cakil, G, Kaya, M (2004). Family Functioning in patient with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy. *Turk Psikiatri Dergisi*, 15(4): 291-299
- Van der Veen F, Howard K, & Austria A (1970), Stability and equivalence of scores based on three different response formats. *Proceedings of the 78th Annual Convention of the American Psychological Association*, 5, pp 99-100
- Van der Veen F, Olson R (1981). Manual and Handbook for the family concept assessment method. Unpublished manuscript
- Van Gent EM, Zwart FM (1991). Psychoeducation of partners of biopolar-manic patients. *Journal of Affective Disorder*; 21:15-8
- Velleman RD, Templeton LJ, Copello AG (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Review*. 24(2):93-109
- Viguera AC, Baldessarini RJ, Friedberg J (1998). Discontinuing antidepressant treatment in major depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 5: 293-306
- Waller G, Slade P, Calain R (1990). Who Knows Best? Family Interaction and Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 156:546-550
- Watzlawick P, Jackson DD, Beavin J, (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York, Norton

- Wearden AJ, TARRIER N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychological Review*; 20:633–666
- Weiss B, Harris V, Catron T, Han SS, (2003). Efficacy of the RECAP intervention program for children with concurrent internalizing and externalizing problems. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71:364–374
- Westley WA, Epstein NB, (1969). *The silent Majority*. Jossey-Bass, San Francisco
- Whisman MA, (1993). Mediator and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114:248-265
- Woodward C, Santa Barbara J, Levin S, Epstein N, (1978). The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48: 467-476
- Zajecka J, Tracy KA, Mitchell S, (1997). Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58: 291-7
- Zani B, Cicognani E (1999). *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci Editore.
- Zarski JJ, DePompei R, Zook II, (1988). A Traumatic Head Injury: Dimensions of Family Responsivity. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 3(4): 31-41
- Zuk GH, (1971). Family Therapy. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18:543-4