

La componente emotiva familiare nell'etiopatogenesi dei DCA

E. Costa, F. Nazzaro, C. Lorio
UOC Psichiatria e Disturbi Condotta Alimentare
Sapienza Università di Roma

Introduzione

L'interesse per il peso della componente familiare nell'etiopatogenesi e nel mantenimento dei disturbi della condotta alimentare, risale alla fine del XIX secolo, quando Lasègue, nel contesto della sua dissertazione sull'anoressia nervosa del 1873, dimostrò una particolare attenzione per questo tema

Tuttora, il ruolo verosimilmente svolto dalla famiglia, è argomento di acceso dibattito e di profondo interesse, per gli importanti risvolti che può avere dal punto di vista terapeutico, in particolar modo se i pazienti affetti da tali patologie vivono ancora nel contesto familiare (Russell et al., 1987¹).

Secondo quanto sostenuto dalle teorie dei sistemi familiari, le famiglie dei pazienti con disturbi della condotta alimentare, si caratterizzerebbero per la presenza di strutture organizzative che possono rappresentare dei fattori di predisposizione o di mantenimento della patologia.

L'assunto principale, relativamente all'interazione tra dinamiche familiari ed anoressia nervosa, è che i sintomi di questa patologia siano espressione di conflitti sottaciuti. La "famiglia psicosomatica" di Minuchin², un tipico sistema invischiato, rigido, in cui si ha

¹ Russell, G. F. M., Szmulker, G. I., Dare, C. and Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 1047-1056.

² Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

la tendenza ad un accudimento asfissiante dei figli, inesorabilmente trascinati nelle dinamiche conflittuali coniugali, suggerisce che ci siano delle caratteristiche relazionali familiari tali da far scattare l'inizio dei processi psicofisiopatologici. Secondo Kog e Vandereycken, le famiglie di pazienti con AN sarebbero più rigide e con una minore tolleranza al conflitto rispetto ai controlli.

Le famiglie delle pazienti bulimiche, invece, sarebbero più conflittuali e disorganizzate, con relazioni familiari spesso improntate all'abbandono, al rifiuto, alla critica (Johnson e Flack, 1985)³, tanto che le condotte di eliminazione potrebbero essere lette come il risultato della sensazione d'ostilità e di rifiuto proveniente dalla propria famiglia. L'approccio psicoanalitico ha investigato il rapporto madre-figlio, giungendo alla conclusione che il figlio, a causa dell'inadeguatezza del caregiver, non impari a discernere tra bisogni fisici e stati emozionali e creda che i propri bisogni debbano essere negati (Bruch, 1974)⁴, un altro filone, invece, ha focalizzato l'attenzione sul rapporto padre-figlio, supponendo che i disturbi della condotta alimentare possano essere legati al "father hunger", e ad un bisogno di connessione emozionale con il padre (Maine, 1991)⁵.

Selvini Palazzoli (1974)⁶ indicò come aspetti tipici delle famiglie di pazienti con disturbi della condotta alimentare, un'etica dell'auto sacrificio, una comunicazione poco chiara, alleanze segrete tra genitori e figli a copertura di insoddisfazioni coniugali.

Ricerche più recenti, sembrerebbero non confermare la peculiarità degli ambienti familiari dei pazienti con DCA (Dare et al, 1994⁷, Szabo et al, 1999⁸), e, nonostante la

³ Johnson, C. and Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, **142**, 1321-1324.

⁴ Bruch, H. (1974). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge and Kegan Paul.

⁵ Maine, M. (1991). *Father hunger*. Carlsbad: Gurze Books.

⁶ Selvini-Palazzoli, M.P. (1974). *Self-starvation*. London: Chaucer.

grande quantità d'informazioni teoriche concernenti il funzionamento familiare dei pazienti con DCA, ci sono solo dati limitati, insufficienti sia per valicare una delle diverse teorie, sia per descrivere il tipo di funzionamento di queste famiglie.

Per verificare quale di queste teorie sia più aderente alla realtà, e per valutare il peso dei fattori familiari nell'eziologia dei disturbi della condotta alimentare, recentemente sono stati attuati degli studi empirici sulle famiglie. Alcune delle ricerche più promettenti hanno usato come strumento di valutazione psicometrica la Family Assessment Device.⁹

Family Assessment Device

“Di solito sono i clinici o i terapeuti che, dal loro punto di vista di osservatori esterni, fanno una diagnosi familiare. Ma, benché si tratti di un'operazione alquanto valida secondo la prospettiva della ricerca, noi riteniamo che andrebbe completata dal punto di vista di chi è addentro, ossia dalla paziente.[...] preferiamo cominciare guardando la famiglia stessa attraverso gli occhi della paziente”¹⁰

McMaster Model of Family Functioning

Il ruolo svolto dalla famiglia nell'ambito di numerosi disordini medici e psichiatrici, ha assunto, negli ultimi anni, una valenza crescente. Sempre più frequentemente, in ambito psichiatrico ma non solo, vengono impiegati diversi strumenti per valutare le famiglie problematiche e per monitorare eventuali percorsi terapeutici. La McMaster Family

7 Dare, C., Le Grange, D., Eisler, E. and Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, **16**, 211-226.

⁸ Szabo et al (1999). Application of the family Relations Scale to a sample of anorexics, bulimics and non-psychiatric controls: a preliminary study. *European Eating Disorders Review*, **7** 37-46

⁹ Epstein, Bishop & Levin (1983) The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, **9**, 171-180

¹⁰ Vanderlinden J, Vandereycken W. *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Astrolabio 1997

Assessment Device (FAD), scala di valutazione psicometrica di cui questo studio si vuole occupare, è stata usata, infatti, in diversi studi, in cui si poneva l'accento sul funzionamento familiare in pazienti con trauma cranico (Kreutzer et al. 1994¹¹; Reeber 1992¹²; Rivara et al. 1996¹³), negli alcolisti (Liepman et al. 1989¹⁴; McKay et al. 1993¹⁵), in pazienti con patologie croniche (Arpin et al. 1990¹⁶; Browne et al. 1990¹⁷), nei diabetici (Berbaum et al. 1993¹⁸; Gowers et al. 1995¹⁹), in pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Waller et al. 1993²⁰; North et al. 1995²¹), nei bambini vittime di abusi sessuali (Oates et al. 1994²²), nei pazienti affetti da depressione maggiore (Keitner et al. 1986²³; Miller et al. 1986; Keitner et al. 1987, 1995) o da schizofrenia (Francesconi et al. 1993²⁴), oltre che, ovviamente, in campioni non clinici (Stevenson-Hinde and Akister 1995²⁵).

¹¹ Kreutzer JS, Gervasio AH, Camplair PS (1994a) Primary care-givers' psychological status and family functioning after traumatic brain injury. *Brain Injury* **8**: 197±210

¹² Reeber BJ (1992) Evaluating the effects of a family education intervention. *Rehabil Nurs* **17**: 332±336

¹³ Rivara JM, Jaffe KM, Polissar NL, Fay GC, Liao S, Martin KM (1996) Predictors of family functioning and change 3 years after traumatic brain injury in children. *Arch Phys Med Rehabil* **77**: 754-764

¹⁴ Liepman MR, Nirenberg TD, Doolittle RH, Begin AM, Bro€man TE, Babich ME (1989) Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Fam Process* **28**: 239±249

¹⁵ McKay JR, Maisto SA, Beattie MC, Longabaugh R, Noel NE (1993) Differences between alcoholics and spouses in their perceptions of family functioning. *J Subst Abuse Treat* **10**: 17±21

¹⁶ Arpin K, Fitch M, Browne GB, Corey P (1990) Prevalence and correlates of family dysfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. *J Clin Epidemiol* **43**: 373±383

¹⁷ Browne GB, Arpin K, Corey P, Fitch M, Gafni A (1990) Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. *Med Care* **28**: 43±58

¹⁸ Bernbaum M, Albert SG, Duckro PN, Merkel W (1993) Personal and family stress in individuals with diabetes and vision loss. *J Clin Psychol* **49**: 670±677

¹⁹ Gowers SG, Jones JC, Kiana S, North CD, Price DA (1995) Family functioning: a correlate of diabetic control? *J Child Psychol Psychiatry* **36**: 993±1001

²⁰ Waller G, Slade P, Calam R (1990) Who knows best? Family interaction and eating disorders. *Br J Psychiatry* **156**: 546±550

²¹ North C, Gowers S, Byram V (1995) Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* **167**: 673±678

²² Oates RK, O'Toole BI, Lynch DL, Stern A, Cooney G (1994) Stability and change in outcomes for sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **33**: 945±953

²³ Keitner G, Miller I, Epstein N (1986) The functioning of families inpatients with major depression. *Int J Fam Psychiatry* **7**: 11±15

²⁴ Francesconi A, Simeone R, Roncone R, Stratta P, Caracciolo P, Casacchia M (1993) *Family Assessment Device (FAD): impiego in familiari di pazienti schizofrenici. Studio preliminare*. In: Casacchia M,

La FAD è nata dal McMaster Model of Family Functioning (MMFF), un sistema teorico che si innesta sui seguenti criteri:

1. Tutti i componenti familiari sono interdipendenti.
2. Un componente del nucleo non può essere pienamente compreso se considerato isolatamente dal resto del sistema familiare.
3. Il funzionamento familiare, nel suo complesso, non può essere compreso dalla semplice analisi di ciascun individuo, preso separatamente.
4. Struttura ed organizzazione familiare sono fattori che influenzano notevolmente il comportamento dei membri del nucleo.
5. I patterns transazionali del sistema familiare modellano il comportamento dei membri del nucleo.

Il MMFF, ovviamente, non fa riferimento a tutti gli aspetti del funzionamento familiare, ma identifica le sei dimensioni che, nel corso di due decenni di clinica e di ricerca, si sono rivelate importanti, secondo il giudizio degli autori, per la distinzione dei funzionamenti familiari “sani” da quelli “patologici”. Nello specifico esse sono:

Problem Solving: capacità di risolvere problemi in modo da garantire la persistenza di un efficace funzionamento familiare globale.

Per problema familiare si intende una questione per cui la famiglia presenti delle difficoltà a scovare una soluzione, e la cui presenza mini l'integrità e la capacità di funzionamento della famiglia stessa. I problemi vengono distinti in pratici, quelli cioè della vita quotidiana, come la decisione del luogo in cui vivere e la gestione economica, ed affettivi, ossia quelli connessi alla vita emozionale.

Roncone R (eds) Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale in Psichiatria: ruoli, metodi, strutture e validazioni. Idelson, Naples, pp 189±196

²⁵ Stevenson-Hinde J, Akister J (1995) The McMaster model of family functioning: observer and parental ratings in a nonclinical sample. *Fam Process* **34**: 337±347

Comunicazione: riguarda le modalità di scambio delle informazioni limitatamente allo scambio verbale, in quanto la comunicazione non verbale, pur essendo molto importante, può essere facilmente mal interpretata ed è di difficile valutazione da un punto di vista metodologico.

La comunicazione, a sua volta, è suddivisa, come accade per il Problem Solving, in pratica ed affettiva, malgrado il fatto che in ambito comunicativo queste due aree possano facilmente sovrapporsi, ed inoltre, si valuta se essa sia chiara, o camuffata, confusa, mascherata, e diretta, cioè rivolta alla persona verso cui è intesa, oppure no.

Ruoli: atti attraverso cui gli individui adempiono alle funzioni familiari, ossia tutti quei compiti routinari, come il cucinare, che garantiscono il funzionamento del nucleo familiare. Anche per quanto riguarda le funzioni familiari vale la suddivisione nelle aree strumentale ed affettiva oltre che in altre due sfere: funzioni familiari necessarie, quelle imprescindibili per un buon funzionamento e altre funzioni familiari, non necessarie, ma che si possono presentare, a vario titolo, nella vita di ogni famiglia. È importante considerare ciascun gruppo di funzioni.

Risonanza Emotiva: è la capacità della famiglia di rispondere ad una gamma di stimoli con sentimenti di appropriata qualità e quantità. In termini di qualità, si valuta se sia presente l'intero spettro dei sentimenti e se essi siano adeguati agli stimoli ed al contesto situazionale. In termini di quantità, si focalizza l'attenzione sull'intensità della reazione.

Coinvolgimento Affettivo: è l'interessamento che l'intero nucleo mostra per le attività e gli interessi di ciascun membro. È fondamentale valutare quanto, e in che modo, ci sia un reciproco interesse. Non si riferisce tanto a ciò che la famiglia fa insieme, quanto piuttosto al grado di reciproco coinvolgimento.

Controllo del comportamento: il modello che la famiglia adotta per controllare il comportamento in tre tipi di situazioni, situazioni fisicamente pericolose, situazioni espressione di bisogni biologici, come mangiare, bere, dormire, e situazioni che implicano comportamenti di socializzazione con persone estranee alla famiglia.

Oltre alle sei dimensioni principali, il MMFF riconosce modelli relazionali disfunzionali, ossia, schemi comportamentali associati ad un funzionamento deficitario in una delle aree valutate, la cui finalità è quella di ridurre l'ansia nell'intero nucleo familiare, o in parte di esso, a scapito del funzionamento complessivo. Questo è il motivo per cui è necessario identificarli e modificarli se si vuole ottenere un miglioramento del funzionamento familiare globale.

McMaster Family Assessment Device

Il McMaster Family Assessment Device è un questionario ad auto-somministrazione nato dall'esigenza di avere una misurazione empirica dei costrutti del McMaster Model of Family Functioning (MMFF). È uno strumento di screening che permette di identificare, nel modo più semplice ed affidabile possibile, aree di funzionamento patologico. Consta di sette parti, di cui sei corrispondono alle dimensioni del MMFF, e l'ultima fa riferimento ad un Funzionamento Globale. È formato da 60 items, che descrivono vari aspetti di funzionamento familiare, con un numero di items che oscilla da 6 a 12 per ogni sezione. I membri del nucleo segnalano quanto ciascuna frase descriva la propria famiglia scegliendo tra quattro risposte alternative: completamente d'accordo, d'accordo, in disaccordo e completamente disaccordo, punteggiate, secondo una scala Likert rispettivamente da 1 a 4. Il questionario può essere completato da

ciascun membro della famiglia che abbia più di 12 anni, e richiede dai quindici ai venti minuti di tempo.

Per ogni sezione bisogna sommare il punteggio ottenuto per ciascuna frase (per le frasi negative bisogna valutare il “trasformed score”, ottenuto sottraendo il punteggio a 5) per poi dividerlo per il numero di items che compone la sezione stessa, ottenendo così un risultato che va da 1 (funzionamento sano), a 4 (funzionamento patologico). Lo strumento prevede un Cut- off per ogni singola area: 2,2 per l’area Problem Solving, 2,2 per l’area Comunicazione, 2,3 per l’area Ruoli, 2,2 per l’area Risonanza Emotiva, 2,1 per l’area Coinvolgimento Affettivo, 1,9 per l’area del Controllo del Comportamento, 2,0 per l’area Funzionamento Globale.

Tabella 1 ³²: Sensibilità e specificità dei Cut-off

	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
Risonanza Emotiva	2,2	0,63	0,64	0,77
Coinvolgimento Affettivo	2,1	0,81	0,60	0,68
Controllo del	1,9	0,57	0,67	0,68

Comportamento				
Funzionamento Globale	2,0	0,67	0,64	0,83

Proprietà psicometriche

Le proprietà psicometriche del Family Assessment Device sono state descritte da tre studi (Epstein et al. 1983²⁶; Kabacoff et al 1990²⁷; Miller et al 1985²⁸). Brevemente, è stato dimostrato che il FAD ha elevati livelli di coerenza interna per diversi tipi di famiglie (Epstein et al. 1983), ed accettabili livelli di affidabilità test-retest²⁹ (Miller et al. 1985).

Le sette scale del FAD sono moderatamente collegate ($r = .4 - .6$), consolidando la teoria che tutti gli aspetti del funzionamento familiare presentino tra loro una mutua correlazione, e supportando l'ipotesi sottostante al modello della FAD. Ovviamente, questa caratteristica entra in conflitto con le tradizionali norme psicometriche, che prevedono che le sezioni di uno strumento siano totalmente indipendenti tra loro, perché in caso contrario, l'uso di una singola scala potrebbe fornire le stesse informazioni che si otterrebbero usandole tutte, rendendo quest'ultime superflue. D'altro canto, non c'è motivo di pensare che diversi aspetti del funzionamento familiare siano completamente

²⁶ Epstein N, Baldwin L, Bishop D (1983) The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther* **9**: 171-180

²⁷ Kabacoff R, Miller I, Bishop D, Epstein N, Keitner G (1990) A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical and nonclinical samples. *J Fam Psychol* **3**: 431-439

²⁸ Miller I, Epstein N, Bishop D, Keitner G (1985) The McMaster Family Assessment Device: reliability and validity. *J Marital Fam Ther* **2** : 345-356

²⁹ Tra 0,66 e 0,76

svincolati l'un l'altro, per cui si è cercato un equilibrio tra la realtà e le esigenze psicometriche.

Tabella 2 ³⁰: Correlazione tra le sette scale della FAD

	PS	C	R	RE	CA	CC	FG
Problem Solving	/	0,66	0,49	0,62	0,54	0,43	0,76
Comunicazione	0,66	/	0,50	0,67	0,57	0,38	0,75
Ruoli	0,49	0,50	/	0,50	0,55	0,37	0,60
Risonanza Emotiva	0,62	0,67	0,50	/	0,61	0,41	0,76
Coinvolgimento Affettivo	0,54	0,57	0,55	0,61	/	0,42	0,71
Controllo del Comportamento	0,43	0,38	0,37	0,41	0,42	/	0,48
Funzionamento Globale	0,76	0,75	0,60	0,76	0,71	0,48	/

PS = Problem Solving; C = Comunicazione; R = Ruoli; RE = Risonanza Emotiva; CA = Coinvolgimento Affettivo; CC = Controllo del Comportamento; FG = Funzionamento Globale

Comunque, quando i risultati della sezione Funzionamento Globale vengono rimossi statisticamente, la correlazione tra le varie scale si approssima allo zero.

Tabella 3

	PS	C	R	RE	CA	CC
--	-----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------

Problem Solving	/	0,23	0,08	0,12	0,01	0,11
Comunicazione	0,23	/	0,10	0,23	0,08	0,03
Ruoli	0,8	0,10	/	0,10	0,23	0,12
Risonanza Emotiva	0,12	0,23	0,10	/	0,16	0,08
Coinvolgimento Affettivo	0,01	0,08	0,23	0,16	/	0,13
Controllo del Comportamento	0,11	0,03	0,12	0,08	0,13	/

PS = Problem Solving; C = Comunicazione; R = Ruoli; RE = Risonanza Emotiva; CA = Coinvolgimento Affettivo; CC = Controllo del Comportamento

La FAD ha basse correlazioni con la Marlowe-Crowne Desirability Scale ($r = 0.06 - 0.19$), per cui la desiderabilità sociale non sembra esercitare una grande influenza sul punteggio FAD. Ha moderate correlazioni con delle misurazioni di funzionamento globale coniugale come la Dyadic Adjustment Scale e la Locke-Wallace Marital Satisfaction Scale ($r = .47, .59$), e consistenti correlazioni con le altre scale di valutazione del funzionamento familiare, 0,50 con FACES II e FUI³⁰ per 5 delle 7 sezioni (Miller et al 1985).

Sebbene alcune ricerche supportino l'affidabilità e la validità del FAD (Byles et al., 1988³¹; Epstein et al., 1983; Heflinger, Northrup, Sonnichsen, & Brannan, 1998³²;

³⁰ Family Unit Inventory

³¹ Byles, J., Byrne, C., Boyle, M.H., & Offord, D.R. (1988). Ontario Child Health Study: Reliability and validity of the General Functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27, 97-104.

³² Heflinger, C.A., Northrup, D.A., Sonnichsen, S.E., & Brannan, A.M. (1998). Including a family focus in research on community-based services for children with serious emotional disturbance: Experiences from the Fort Bragg Evaluation Project. In M.E. Epstein, K. Kutash, & A. Duchnowski (Eds.), *Outcomes*

Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, & Keitner, 1990³³; Miller, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985; Perosa & Perosa, 1990³⁴), il dibattito a riguardo è ancora acceso (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000a, 2000b³⁵; Ridenour, Daley, & Reich, 1999, 2000³⁶). Ad esempio, Ridenour et al. (1999)³⁷ hanno notato che molti items della FAD hanno un peso maggiore in scale diverse rispetto a quelle in cui sono stati allocati. Dopo aver condotto degli esami di conferma, Ridenour et al. suggeriscono l'utilizzo di una versione "ristretta" della FAD, costituita esclusivamente dalle dimensioni Funzionamento Globale e Controllo del Comportamento, o, in alternativa, di una scala di valutazione che indagli solo due aspetti del funzionamento familiare: Collaborazione e Responsabilità. Comunque, i risultati di Ridenour et al. non sono scevri da limiti: l'analisi fattoriale è stata condotta usando la correlazione tra le sottoscale dello studio originale di validazione della FAD (Epstein et al., 1983) senza che i dati venissero ricalcolati, e non è stato valutato un nuovo campione, ma il campione usato nello studio originale di validazione composto prevalentemente da caucasici.

Per quanto concerne la validità trans-culturale del FAD, è stata valutata da numerosi ricercatori. Shek (2002)³⁸ ha trovato che la struttura della versione cinese differisce

for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families: Programs and evaluation best practices (pp. 261–293). Austin, TX: PRO-ED.

³³ Kabacoff, R., Miller, I., Bishop, D., Epstein, N., & Keitner, G. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device. *Journal of Family Psychology*, **3**, 431–439

³⁴ Perosa, L.M., & Perosa, S.L. (1990). Convergent and discriminant validity for family self-report measures. *Educational and Psychological Measurement*, **50**, 855–868

³⁵ Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S., & Epstein, N.B. (2000a). Factor analyses of the Family Assessment Device, by Ridenour, Daley, & Reich. *Family Process*, **39**, 141–144. Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S., & Epstein, N.B. (2000b). Why fix what isn't broken? A rejoinder to Ridenour, Daley, & Reich. *Family Process*, **39**, 381–384.

³⁶ Ridenour, T.A., Daley, J.G., & Reich, W. (2000). Further evidence that the Family Assessment Device should be reorganized: Response to Miller and colleagues. *Family Process*, **39**, 375–380.

³⁷ Ridenour, T.A., Daley, J.G., & Reich, W. (1999). Factor analyses of the Family Assessment Device. *Family Process*, **38**, 497–510.

³⁸ Shek, D.T.L. (2002). Assessment of family functioning: The Chinese version of the Family Assessment Device. *Research on Social Work Practice*, **12**, 502–524.

dalla versione originale inglese; Morris (1990)³⁹ ha notato che la FAD valuta malamente le famiglie nipponiche ed americane residenti alle Hawaii; e Roncone et al. (1998)⁴⁰ hanno evidenziato fattori strutturali diversi in un campione italiano. Alcune delle differenze di questi risultati possono essere imputabili a campioni eccessivamente esigui per studi di analisi fattoriale della FAD, che essendo composta da 60 items, richiede un minimo di 300 osservazioni (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999)⁴¹. La differenza dei fattori strutturali della FAD nelle varie culture, può essere dovuta al differente humus che influenza le norme di funzionamento familiare nelle varie razze ed etnie. Aarons et al (2007)⁴² hanno esaminato l'affidabilità e la validità della FAD per i caucasici e gli ispanici americani, notando che per quest'ultimi il test è meno calzante. Ovviamente le descrizioni della letteratura clinica sulle discrepanze tra le culture europea, americana ed ispanica ci aiutano ad interpretare questi risultati, la cultura ispanica, infatti, rispetto a quella europea ed americana è più collettivista, con una forte unità familiare (Harrison, Wilson, Pine, Chan, & Buriel, 1990).

Family Assessment Device e Disturbi della Condotta Alimentare

³⁹ Morris, T.M. (1990). Culturally sensitive family assessment: An evaluation of the Family Assessment Device used with Hawaiian-American and Japanese-American families. *Family Process*, **29**, 105–116.

⁴⁰ Roncone, R., Rossi, L., Muiere, E., Impallomeni, M., Matteucci, M., & Giacomelli, R., et al. (1998). The Italian version of the Family Assessment Device. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**, 451–461.

⁴¹ Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C., & Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, **4**, 272–299.

⁴² Aarons G, McDonald E, Connelly C, Newton R. (2007). Assessment of family functioning in Caucasian and Hispanic Americans: reliability, validity and factor structure of the Family Assessment Device. *Family Process*, **46** (4): 557-570

Svariati studi hanno comparato le diverse percezioni del funzionamento familiare dei vari membri della famiglia. Friedmann (1997)⁴³ non ha riscontrato differenze tra il paziente con disturbo della condotta alimentare ed un altro membro della famiglia quando il test di riferimento è la FAD, mentre queste discordanze diventano evidenziabili attraverso altre scale di valutazione. Steiger, Liquornik, Chapman, and Hussein (1991)⁴⁴ hanno rinvenuto che le famiglie di pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare hanno un funzionamento peggiore nella Comunicazione e nella Risonanza Emotiva, due delle sette dimensioni scandagliate dal questionario. Waller, Calam e Slade (1989)⁴⁵ hanno dimostrato che, rispetto ai controlli, le pazienti anoressiche considerano le proprie famiglie problematiche nell'ambito del Coinvolgimento Affettivo e del Controllo del Comportamento, mentre le pazienti bulimiche, oltre a questi due domini, denunciano incertezze anche nella dimensione del Problem Solving. Secondo McGrade e Carr (2002)⁴⁶, invece, le aree problematiche sono Problem Solving, Ruoli, Risonanza Emotiva e Funzionamento Globale. Kugu (2006)⁴⁷ ha visionato una popolazione di circa mille studenti universitari, notando una correlazione tra i disturbi della condotta alimentare e la presenza di funzionamento patologico nelle aree Comunicazione, Risonanza Emotiva e Coinvolgimento Affettivo. McDermott (2002) ha descritto la percezione del funzionamento familiare, usando la Family Assessment Device sia per i pazienti che per i genitori, come priva di differenze

⁴³ Friedmann M.S., McDermut W.H., Solomon D.A., Ryan C.E., Keitner G.I., Miller I.W.: Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, **36**, 357-367 1997

⁴⁴ Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussein, N. (1991). Personality and family disturbances in eating disorder patients; comparison of "restricters" and "purgers" to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, **10**, 501-512.

⁴⁵ Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1989). Eating disorders and family interaction. *British Journal of Clinical Psychology*, **28**, 285-286.

⁴⁶ McGrane D, Carr A (2002). Young women at risk for eating disorders: perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy* **24**(2), 385-395

⁴⁷ Kugu N et al, The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; **40**:129-135

rilevanti. Tuttavia, questo studio non specificava se fosse la madre o il padre ad aver compilato il questionario, ed oltretutto, è stata usata solo una delle sezioni del test (Funzionamento Globale). Gowers e North⁴⁸ hanno esaminato 35 adolescenti con anoressia nervosa e le loro madri, ed hanno evidenziato delle differenze tra madri e figlie, avendo quest'ultime denunciato un peggior funzionamento familiare, la cui entità non era peraltro correlata alla gravità del sintomo.

Secondo Fornari (1999) sono i sintomi depressivi (frequentemente in comorbidità con i disturbi della condotta alimentare) e non la diagnosi di DCA, che possono predire il livello di disfunzione familiare percepita dai pazienti. Dancyger (2005) ha esteso la ricerca di Fornari, comparando la percezione del funzionamento familiare tra i figli ed entrambi i genitori, e valutando se la percezione fosse in qualche modo influenzata dal tipo di disturbo della condotta alimentare o dall'intensità dell'eventuale sintomatologia depressiva concomitante. Le conclusioni di questo studio sono state che i figli ed i genitori vedono l'ambiente familiare diversamente, la madri hanno una visione più rosea rispetto ai padri ed ai figli, anche se ancora non si conosce il significato di questa evidenza. Dare (1994)⁴⁹ ha evidenziato che i genitori delle pazienti con anoressia nervosa hanno percezioni simili a quelli delle pazienti con bulimia nervosa rispetto alle dinamiche familiari, e che le concezioni dei genitori differiscono da quelle delle loro figlie, che denunciano un peggior funzionamento familiare.

La discrepanza tra questi studi può essere spiegata con il fatto che alcuni studi hanno reclutato pazienti con disturbi della condotta alimentare il cui ruolo nella famiglia era di figlio ma anche di madre, mentre per tutti gli altri studi le pazienti erano essenzialmente

⁴⁸ North C., Gowers S., Byram V.: Family functioning in adolescent anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry*, **167**, 673-678, 1995.

⁴⁹ Dare C., LeGrange D., Eisler I., Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families. *Int. J. Eat. Dis.*, **16**, 211-226, 1994

figlie. Questa conclusione è conforme ai risultati di un campione non clinico che suggerisce che essere in una diversa tappa del ciclo vitale familiare può influenzare la percezione del funzionamento familiare stesso ⁵⁰. Emanuelli (2004)⁵¹ e Wallin (1996)⁵² hanno riscontrato una percezione peggiore della Comunicazione delle figlie rispetto ad entrambi i genitori. Questo dato è molto importante ed è supportato dalle osservazioni cliniche di patterns comunicativi contraddittori, soffocanti, tipici delle famiglie di un individuo con disturbi della condotta alimentare⁷. Questi risultati indicano che le madri di adolescenti con anoressia nervosa non condividono la percezione delle figlie di una comunicazione disfunzionale, e questo può essere alla base di una mancanza di relazioni, condizione critica sia nello sviluppo che nel mantenimento della patologia. Per quanto riguarda il Funzionamento Globale la percezione peggiore è delle figlie, seguita dalle madri ed infine dai padri. Quest'ultimo valore però non si discosta dai dati dei campioni non clinici. Per il Problem Solving, le figlie hanno sempre la percezione peggiore, seguite questa volta dai padri e in ultimo le madri. In conclusione, si può suggerire che, dagli studi dove è stato riscontrato disaccordo, questo può riguardare genitori e figli oppure madri e figlie, con le figlie che in genere hanno la percezione peggiore.

⁵⁰ Akister J., Stevenson-Hinde J.: Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device. *J. Fam. Therapy*, **13**, 411-421, 1991.

⁵¹ Emanuelli F, Ostuzzi R, Cuzzolaro M, Baggio F, Lask B, Walzer G. Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eating weight disorders*, **9**: 1-6, 2004.

⁵² Wallin U., Røijien S., Hansson K.: Too close or too separate: family function in families with an anorexia nervosa patients in two Nordic countries. *J. Fam. Ther.*, **18**, 4, 1996.

Family Assessment Device (FAD) (Version 3)

(Epstein N.B., Baldwin L.M. & Bishop D.S., The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1983, 9, 2: 171-180)

Traduzione a cura di Paolo Migone, Università di Parma

Cognome e nome del/la paziente _____ Data di nascita _____

Operatore/rice _____ Data _____

Queste domande riguardano il modo con lui lei vive la sua famiglia.

Risponda pensando a come la sua famiglia ha funzionato negli ultimi due mesi.

Non impieghi troppo tempo, ma risponda più velocemente e onestamente che può, esprimendo la sua opinione senza discuterla con altri familiari. Se ha una incertezza, si basi sulla sua prima reazione. Risponda scrivendo 1, 2, 3, o 4 nelle caselle a destra.

1	2	3	4
Molto vero	Vero	Falso	Completamente falso

1. È difficile programmare le attività familiari perché facciamo fatica a capirci |__|*
2. Risolviamo quasi tutti i problemi quotidiani della casa |__|
3. Quando qualcuno è arrabbiato o teso, gli altri capiscono perché |__|
4. Quando chiedi a uno di fare una cosa, bisogna poi controllare che l'abbia fatta |__|*
5. Se uno ha dei problemi, gli altri si coinvolgono troppo con lui |__|*
6. In momenti di crisi possiamo aiutarci l'un l'altro |__|
7. In caso di emergenza non sappiamo cosa fare |__|*
8. A volte ci manca quello di cui abbiamo bisogno perché si esauriscono le scorte |__|*
9. Siamo riluttanti a mostrare l'affetto che ci lega gli uni agli altri |__|*
10. Ci assicuriamo che ciascuno adempia alle proprie responsabilità familiari |__|
11. Non possiamo parlare della tristezza che proviamo |__|*
12. Di solito mettiamo in atto le nostre decisioni riguardo ai vari problemi |__|
13. Riesci a fare in modo che gli altri si interessino a te solamente se per loro è importante |__|*
14. Non puoi capire come uno si sente da quello che dice |__|*
15. I compiti familiari non sono ben distribuiti fra tutti |__|*
16. Tutti sono accettati per quello che sono |__|
17. Se rompi le regole puoi facilmente farla franca |__|*
18. Diciamo apertamente le cose invece che fare allusioni |__|
19. Alcuni proprio non reagiscono emotivamente |__|*

20. In caso di emergenza sappiamo cosa fare ☐
 21. Evitiamo di discutere le nostre paure e preoccupazioni ☐*
 22. È difficile parlare dei nostri sentimenti di tenerezza ☐*
 23. Facciamo fatica a pagare le bollette ☐*
 24. Dopo che in famiglia abbiamo cercato di risolvere un problema, di solito discutiamo se la soluzione ha funzionato oppure no ☐
 25. Siamo troppo centrati su noi stessi ☐*
 26. Siamo capaci di esprimere i sentimenti l'uno per l'altro ☐
 27. Non abbiamo chiare aspettative riguardo alle abitudini igieniche ☐*
 28. Non mostriamo l'amore che abbiamo l'uno per l'altro ☐*
 29. Diciamo le cose in faccia alle persone piuttosto che indirettamente ☐
 30. In famiglia ciascuno ha propri doveri e responsabilità ☐
 31. In famiglia vi sono molti rancori ☐*
 32. Abbiamo regole precise riguardo alla violenza in casa ☐
 33. Ci coinvolgiamo l'uno con l'altro solo quando qualcosa ci interessa da vicino ☐*
 34. Non c'è molto tempo per esplorare le aree di interesse personale ☐*
 35. Spesso non diciamo cosa vogliamo veramente dire ☐*
 36. Ci sentiamo accettati per quello che siamo ☐
 37. Mostriamo interesse l'uno per l'altro quando ne ricaviamo un vantaggio personale ☐*
 38. Risolviamo la maggior parte delle tensioni emotive che insorgono ☐
 39. Nella nostra famiglia, la tenerezza è sempre meno importante di altre cose ☐*
 40. Discutiamo su chi spetta fare i lavori domestici ☐
 41. Per la nostra famiglia, prendere decisioni è un problema ☐*
 42. La nostra famiglia mostra interesse l'uno per l'altro solo quando vi sono vantaggi personali ☐*
 43. Tra di noi siamo sinceri ☐
 44. In famiglia non abbiamo regole o norme ☐*
 45. Se si chiede a qualcuno di fare una cosa, bisogna poi ricordarglielo ☐*
 46. Siamo capaci di prendere decisioni su come risolvere i problemi ☐
 47. Se non vengono rispettate le regole, non sappiamo quali saranno le conseguenze ☐*
 48. Nella nostra famiglia tutto è lecito ☐*
 49. Manifestiamo la tenerezza ☐
 50. Affrontiamo i problemi che coinvolgono i sentimenti ☐
 51. Non stiamo bene insieme in famiglia ☐*
 52. Quando siamo arrabbiati non ci parliamo ☐*
 53. In generale non siamo soddisfatti dei compiti familiari assegnati a ciascuno ☐*
 54. Anche se lo facciamo a fin di bene, siamo troppo intrusivi l'uno nella vita dell'altro ☐*
 55. Abbiamo delle regole precise per le situazioni pericolose ☐
 56. Abbiamo fiducia l'uno nell'altro ☐
 57. Piangiamo apertamente, senza nasconderci ☐
 58. In famiglia non abbiamo sufficienti mezzi di trasporto ☐*
 59. Quando non ci piace quello che uno ha fatto, glielo diciamo ☐
 60. Cerchiamo di pensare a diversi modi di risolvere i problemi ☐
- [ignorare la parte sottostante]

Risultati della FAD (norm. <--1--2--3--4--> patol.)

Gli items con l'asterisco [*] vanno invertiti (1=4, 2=3, 3=2, 4=1, oppure sottraendoli da 5) (già invertiti dal computer)

Problem Solving (min 6-max 24)

_____ : 6 = Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
2,2)
(2, 12, 24, 38, 50, 60)

Comunicazione (min 9-max 36)

_____ : 9 = Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
2,2)
(3, 14*, 18, 22*, 29, 35*, 43, 52*, 59)

Ruoli (min 11-max 44)

_____ : 11=Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
2,3)
(4*, 8*, 10, 15*, 23*, 30, 34*, 40, 45*, 53*, 58*)

Risonanza Emotiva (min 6-max 24)

_____ : 6 = Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
2,2)
(9*, 19*, 28*, 39*, 49, 57)

Coinvolgimento Affettivo (min 7-max 28)

_____ : 7 = Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
2,1)
(5*, 13*, 25*, 33*, 37*, 42*, 54*)

Controllo del Comportamento (min 9-max 36)

_____ : 9 = Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
1,9)
(7*, 17*, 20, 27*, 32, 44*, 47*, 48*, 55)

Funzionamento Generale (min 12-max 48)

_____ : 12= Ponderato (min 1-max 4)_____ (cut off
2,0)
(1*, 6, 11*, 16, 21*, 26, 31*, 36, 41*, 46, 51*, 56)