

Stili familiari e acuzie psichiatrica: valutazione del funzionamento familiare in una popolazione degente presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Family style and psychiatric acuity: family functioning assessment of an hospitalized population in a Emergency department

MARIA CHIARA MERONI^{1*}, ENRICO VISANI², CARLA FERRARA³, GIUSEPPE NICOLÒ¹

*E-mail: mariachiara.meroni@aslromag.it

¹Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, ASL Roma 5

²Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale (IIPR)

³Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, sezione di Statistica Sanitaria, Sapienza Università di Roma

RIASSUNTO. Obiettivo. Lo studio si è proposto di valutare gli stili familiari attraverso il questionario FACES IV (Flexibility And Cohesion Evaluation Scales, 2014) dei pazienti ricoverati presso un reparto di emergenza psichiatrica (SPDC). **Metodo.** Il campione oggetto dello studio ha coinvolto i pazienti di un SPDC e i loro familiari. La valutazione clinica è stata condotta con l'utilizzo di una scheda sociodemografica, dell'ICD-IX, DSM-5 e BPRS. In fase di relativa stabilizzazione ai pazienti e familiari è stato somministrato il FACES IV per valutare il funzionamento familiare. Il Questionario FACES valuta la famiglia attraverso otto scale (due scale indicanti un funzionamento orientato alla salute: Coesione Bilanciata, Flessibilità Bilanciata; quattro scale indicanti un funzionamento problematico: Disimpegno, Ipercoinvolgimento, Rigidità, Disorganizzazione; una Scala per la Comunicazione Familiare; una scala per la Soddisfazione Familiare). **Risultati.** Il campione ha mostrato un funzionamento familiare orientato alla salute nel 35,7%. I pazienti hanno presentato una percezione problematica della propria famiglia significativamente maggiore rispetto ai propri genitori. I figli hanno mostrato punteggi alti nelle scale del disimpegno e della disorganizzazione, mentre i genitori punteggi intermedi in tutte le scale. L'età dei figli superiore ai 30 anni ha mostrato una correlazione significativa con una visione disfunzionale delle proprie relazioni familiari. **Conclusioni.** Nel campione considerato i figli hanno mostrato una percezione maggiormente problematica rispetto ai genitori. L'età dei pazienti e la durata di malattia sono apparsi come elementi significativi a favore di una maggiore problematicità familiare.

PAROLE CHIAVE: Faces IV, funzionamento familiare, Servizi Psichiatrici Ospedalieri, ricerche sulla famiglia.

SUMMARY. Objective. The study intends to include the evaluation of family styles while the patients are admitted at a hospital dedicated to the emergency (SPDC). **Methods.** The sample of the study involved patients of a SPDC and their families. The clinical assessment has been conducted through the use of ICD-IX, DSM-5 and BPRS. During the stabilization phase, both patients and families have been administered a socio-demographic report and the FACES IV. The FACES Questionnaire assesses the family through eight scales (two scales indicating health-oriented functioning: Balanced Cohesion, Balanced Flexibility; four scales indicating problematic functioning: Disengagement, Hyper-involvement, Rigidity, Disorganization; a scale for Family Communication; a scale for Family Satisfaction). **Results.** 35,7% has shown to be health-oriented in the sample. Patients have shown a significantly higher problematic perception of their family, compared to their parents, being more involved in the relationship. The patients have a disengaged-disorganized family style, parents have an average-unbalanced style. The age of patients over 30 correlates significantly with a dysfunctional view of their family relationships. **Conclusions.** Faced with an event that requires hospitalization, families have a greater tendency toward dysfunctionality, with a more painful perception than their children, partially counterbalanced by a greater functionality of the parents. The temporal element, the age of the patients and the duration of the illness seem significant elements in favor of a greater family problematic.

KEY WORDS: Faces IV, family functioning, Acute Psychiatric Unit, family research.

INTRODUZIONE

Dall'esame della letteratura possiamo rilevare come venga ormai ampiamente riconosciuta e condivisa l'importanza che la realtà familiare riveste nella complessità della fenome-

menica, della processualità e della cura del disagio mentale¹⁻¹³. Se inizialmente l'attenzione era volta principalmente alla considerazione dei soli elementi di vincolo nei contesti della famiglia associati ai disturbi psichici¹⁴, nella diacronicità del pensiero degli autori la famiglia è stata poi considerata come

Stili familiari e acuzie psichiatrica

sistema bilanciato tra fattori di rischio e di protezione. Al-l'oggi sono oramai numerose le evidenze che sottolineano un paradigma culturale della famiglia come risorsa¹⁵⁻¹⁷ e che la vedono coinvolta nella progettazione e nella costruzione del processo individualizzato terapeutico-riabilitativo dei pazienti affetti da gravi disturbi psichici¹⁸⁻²⁴.

In una tale accezione, acquista dunque valore il concetto di resilienza, non solo in riferimento a caratteristiche individuali e personologiche²⁵, ma anche nelle sue matrici relazionali-familiari^{26,27}.

Se manteniamo il focus sul contesto famiglia, sono identificabili taluni parametri di base che caratterizzano la resilienza familiare: pattern di relazione che prevedono coesione, flessibilità e comunicazione aperta, problem solving, capacità di sostenere il proprio sistema di convinzioni²⁸⁻³⁰, calore, struttura, in termini di gerarchie, ruoli e confini definiti, ben funzionante²⁰, condivisioni di esperienze tra i membri della famiglia, ottimismo^{31,32} sistema di supporto sociale³³⁻³⁵.

Se dunque la resilienza è pensabile come capacità dell'individuo o del suo sistema familiare di sostenere e fronteggiare condizioni sfavorevoli e accadimenti avversi, ancor più eventi a forte criticità possono nell'immediato attivare forze di superamento e tolleranza, ma avviare anche cambiamenti con riverbero sulla riorganizzazione e sull'adattamento a lungo termine²⁷.

In questo lavoro abbiamo affrontato lo studio dell'influenza della qualità dei legami familiari correlati all'area clinica nelle acuzie psicopatologiche che trovano spesso esito nel momento del ricovero nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. La crisi psichiatrica può essere intesa come l'esito ultimo di un complesso percorso di destabilizzazione che coinvolge sia il paziente, le cui "difese" individuali non riescono più a fronteggiare gli stimoli, le richieste ambientali e contestuali, sia l'intero sistema familiare che non riesce più a riorganizzarsi in nuove strutture interne, funzionali a gestire l'evento critico⁷. Il ricovero nel contesto ospedaliero può rappresentare dunque una risposta alle richieste d'aiuto a livelli di stress individuali e di burden familiare non più tollerabili e costituisce altresì l'avvio di un percorso di cambiamento che, attraverso una significazione di senso della crisi e la riattivazione di abilità evolutive del paziente e della famiglia tutta, può introdurre a un processo condiviso di presa in carico e di cura del paziente^{7,36,37}.

In letteratura l'analisi dei possibili fattori di resilienza familiare si riferisce principalmente agli ambienti di cura extraospedalieri^{28,35,38-42}; esigui sono invece gli studi relativi alla valutazione della famiglia e al suo funzionamento nei contesti di cura per acuzie⁴³.

Inoltre va aggiunto che gli studi hanno indirizzato il proprio focus di prevalenza sulla individuazione e sulle modalità di gestione del carico familiare e sulle strategie di coping adottate durante le degenze ospedaliere dei congiunti con patologia mentale^{44,45}, attribuendo minore attenzione ai diversi pattern negli stili di funzionamento familiare.

In questo studio, ci siamo proposti di valutare gli stili familiari durante la degenza dei pazienti che si sono ricoverati presso una struttura dedicata all'emergenza al fine di individuare i fattori familiari protettivi e di rischio che si sono presentati in questo momento particolare del decorso clinico. Per descrivere il funzionamento familiare si è utilizzato il questionario autosomministrato Faces IV di Olson⁴⁶⁻⁴⁸, unitamente all'analisi di variabili socio-demografiche e cliniche.

Abbiamo ritenuto che la conoscenza degli stili familiari potesse permettere una comprensione significativa degli adattamenti funzionali dei pazienti nel loro contesto di vita, nell'equilibrio fra fattori di rischio e protettivi. Abbiamo creduto che la valutazione degli stili familiari e l'individuazione di relazioni tra livelli di sofferenza esperita nei propri legami familiari ed elementi di natura socio-demografica (genere, età, occupazione) e clinica (diagnosi, durata malattia, numero di ricoveri) potesse aiutare a comprendere meglio l'evento ricovero e a costruire trattamenti appropriati con le famiglie.

METODI

Campione e setting

Il campione coinvolto nello studio è stato composto di soggetti adulti in regime di ricovero presso un'unità ospedaliera deputata alle acuzie psichiatriche e dai loro familiari. L'indagine si è svolta presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale di Colleferro (Roma). Gli strumenti utilizzati sono stati somministrati ai pazienti e familiari che hanno effettuato un accesso al servizio dal maggio 2014 al dicembre 2015 e sono stati raccolti 170 questionari. Utilizzando i seguenti criteri di inclusione, soggetti adulti nel ruolo di figli, età ≤ 45 anni (11,09 deviazione standard), presenza di almeno una figura genitoriale, il campione reclutato è stato composto da 88 soggetti, di cui 37 pazienti e 51 genitori (Tabella 1).

12 pazienti (33% del campione clinico) dei 37 erano all'esordio del disturbo e al primo ricovero in ambiente psichiatrico, i restanti avevano effettuato già precedenti degenze. Dal punto di vista delle relazioni 12 utenti (33%) avevano un solo genitore presente, 8 utenti (21%) avevano genitori separati/divorziati, 28 (76,5%) con genitori coniugati e 1 paziente con genitore vedovo.

Strumenti

La valutazione degli stili familiari è stata effettuata con il questionario FACES IV nella versione italiana^{49,50}. Il FACES IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) è un questionario di 62 item, autosomministrato, che valuta gli stili e il funzionamento familiare attraverso le dimensioni della coesione e della flessibilità, per ognuna delle quali vengono utilizzate una scala per gli aspetti funzionali e due per quelli disfunzionali. Per la coesione è presente la scala della coesione bilanciata per l'assetto funzionale e quelle del disimpegno e ipercoinvolgimento per gli assetti disfunzionali, per la flessibilità rispettivamente la scala della flessibilità bilanciata e quelle della rigidità e disorganizzazione negli aspetti disfunzionali. A queste si aggiungono altre due scale di 10 item ciascuna, che fanno riferimento alla comunicazione familiare (scala della comunicazione familiare) e al grado di soddisfazione familiare (scala della soddisfazione familiare). Per ogni item la risposta segue una scala Likert a 5 punti (da 1 = "Mai, non è così" a 5 = "Molto, è proprio così"), nel rispondere si deve intendere il funzionamento della famiglia negli ultimi tre mesi. Il questionario è stato somministrato dopo adeguata stabilizzazione clinica. Relativamente ai pazienti si è proceduto alla raccolta di informazioni socio-demografiche e notizie cliniche di base, quali diagnosi secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)⁵¹ e l'International Classification of Diseases IX (ICD-IX)⁵², inizio e durata di malattia e di trattamento terapeutico, numero di ricoveri. Per condurre la ricerca, sono stati utilizzati:

- una scheda socio-demografica con informazioni sul sesso, sull'età, sull'occupazione e la scolarità, sulla posizione di ogni membro nella famiglia, sullo stato civile e sulla convivenza;
- una scheda clinico-anamnestica per la popolazione clinica contenente informazioni di base quali la diagnosi, l'età d'esordio e la durata di malattia;
- per l'assessment psicopatologico globale dei pazienti è stata utilizzata la BPRS⁵³, una scala composta di 24 item (BPRS-24), la cui compilazione richiede l'integrazione dei segni rilevati dal clinico durante il colloquio con i sintomi riportati dai pazienti stessi relativamente a un periodo appropriato cui far riferimento per la codifica dei sintomi (generalmente da un giorno a un mese circa). Ai 24 elementi dello strumento va attribuito un punteggio con una scala a 7 livelli di gravità (dal "non presente" a "estremamente presente")⁵⁴⁻⁵⁶. Relativamente al significato clinico del punteggio totale e dei valori soglia utilizzati come cut-off, in letteratura viene riportato che valori di 31 rilevati alla BPRS corrispondono a una condizione di "lievemente malato", 41 a "moderatamente malato" e 53 "marcatamente malato"⁵⁷;
- la diagnosi è stata rilevata dalla cartella clinica (criteri diagnostici ICD-IX) e rivista dal Responsabile del Servizio.

Scopo

Lo studio ha avuto lo scopo di descrivere gli stili familiari durante un ricovero psichiatrico, individuando i fattori di rischio e protettivi presenti nella vita familiare al fine di ottimizzare la valutazione iniziale e costruire trattamenti appropriati.

Obiettivi dello studio:

- verificare se le persone che presentano un momento critico percepiscono la propria famiglia come problematica o come orientata alla salute;
- se gli stili familiari rilevati dai pazienti siano simili a quelli dei genitori;
- la presenza negli stili familiari dei pazienti e dei loro genitori di elementi protettivi (coesione e flessibilità bilanciata) e di rischio (disimpegno, ipercoinvolgimento, rigidità, disorganizzazione);
- la presenza di eventuali correlazioni fra il funzionamento della famiglia e le variabili prese in esame (età e sesso dei pazienti, diagnosi, durata di malattia, gravità clinica).

Indicatori

Per una valutazione del funzionamento globale della famiglia il questionario provvede a fornire un punteggio specifico in ogni scala. I punteggi nelle scale della coesione e della flessibilità bilanciata forniscono valori relativi a un buon funzionamento familiare e le scale sbilanciate del disimpegno, dell'ipercoinvolgimento, nella rigidità e nella disorganizzazione forniscono un'indicazione di stili familiari problematici.

L'ipotesi sottostante al questionario prevede che le famiglie con funzionamento orientato alla salute presentino valori maggiori nelle scale bilanciate rispetto a quelle sbilanciate e l'inverso quando le famiglie presentino uno stile problematico. Tale rapporto viene misurato attraverso l'indicatore della Ratio che valuta il rapporto fra la media delle scale bilanciate e quella delle scale sbilanciate. Le famiglie con un funzionamento orientato alla salute avranno valori >1, ovvero valori sulle scale bilanciate maggiori di quelle sbilanciate, mentre le famiglie con funziona-

mento problematico riportano valori ≤1, poiché risultano valori sulle scale bilanciate uguali o minori di quelle sbilanciate.

In sintesi, nella ricerca sono stati assunti come indicatori:

- le Ratio Totali (RT) e della coesione e della flessibilità;
- le medie delle Ratio Totali (MRT) presenti in ogni famiglia;
- la distribuzione delle Ratio fra i singoli membri;
- i valori delle scale bilanciate e di quelle sbilanciate;
- i valori delle scale della comunicazione e della soddisfazione;
- il genere, l'età dei pazienti (età ≤45 anni), le diagnosi (disturbo di personalità, disturbo psicotico, disturbo affettivo), la durata di malattia (T1 <1 anno, 1 ≤T2 < 5 anni, 5 ≤ T3 <10 anni, T4 ≥10 anni), la gravità clinica attraverso la BPRS (punteggio BPRS di 31 lievemente malato; BPRS di 41 moderatamente malato; BPRS di 53 marcatamente malato).

Misurazioni e analisi statistica

Una prima analisi statistica è stata effettuata a livello descrittivo e successivamente si è effettuata un'analisi di tipo comparativo tra le Ratio utilizzando per un confronto fra le Ratio il test del χ^2 e per raffrontare i valori medi delle scale il t-test, mentre per testare le differenze tra le medie dei campioni è stata utilizzata l'ANOVA. Per effettuare i test è stato considerato un errore di tipo1 (α) pari a 0,05 e il test è stato considerato significativo per $p < 0,05$. I dati sono stati analizzati utilizzando il software statistico SPSS STATISTICS (Statistical Package for the Social Sciences, versione 21.0).

Tabella 1. Descrizione del campione.

	Figli	Genitori
Genere	M 48,8%; F 51,2%	M 41,2%; F 58,8
Età media (\pm deviazione standard)	30,51 (DS±11,09)	59 (DS±8,95)
Ricovero	33% al primo ricovero	
Occupazione	occupati 24,4%; disoccupati 48,6%; studenti 27%	Occupati 51%
Relazioni	mai coniugati 67,6%	coniugati 76,5% separati/divorziati 21% vedovanza 2,5%
Convivenza	con i genitori 64,9%	con coniuge e figli 82,4%

RISULTATI

Stili orientati alla salute e problematici

Le analisi comparative del confronto delle Ratio >1 e ≤1 fra il campione di pazienti (figli) e le figure genitoriali hanno mostrato nei pazienti una prevalenza di soggetti che valutavano il proprio funzionamento familiare problematico, sia globalmente che, specificatamente, nella flessibilità e nella coesione (75,7% dei casi per la RT ≤1, l'81,1% per la Ratio Coesione (RC) ≤1 e per il 73% per la Ratio Flessibilità (RF)

Stili familiari e acuzie psichiatrica

≤1). I genitori hanno presentato un equilibrio tra una percezione problematica del proprio sistema familiare e una orientata alla salute (RT >1 nel 47,1% vs RT ≤1 nel 52,9%), una discreta flessibilità, (RF >1 nel 56,9% vs RF ≤1 nel 43,1%) e una moderata coesione (RC >1 nel 45,1% vs RC ≤1 nel 54,9%).

Considerando le ratio medie per ogni singola famiglia (Medie Total Ratio, MTR) abbiamo avuto, anche se di poco, un orientamento alla salute nel 54,1%, dato che suggerisce come un bilanciamento fra le diverse posizioni di ogni membro della famiglia possa migliorare il funzionamento familiare complessivo.

I confronti sopra esposti sono riportati nella tabella 2, ove sono evidenziate le differenze che sono risultate statisticamente significative.

Profili familiari

Nel FACES IV, la presenza delle due scale bilanciate (coesione e flessibilità bilanciata) e delle quattro sbilanciate (disimpegno e ipercoinvolgimento, rigidità e disorganizzazione) permettono una valutazione complessiva accurata del funzionamento familiare attraverso la visualizzazione di un grafico che riporta l'andamento dei punteggi per ogni singola scala (Figura 1).

Tabella 2. Total Ratio, Ratio Coesione, Ratio Flessibilità.			
	Pazienti N=37	Genitori N=51	p-value
Ratio Totali >1	24,3%	47,1%	0,030
Ratio Totali ≤1	75,7%	52,9%	
Media Ratio Totale >1	54,1%	58,8%	0,656
Media Ratio Totale ≤1	45,9%	41,2%	
Ratio Coesione >1	18,9%	45,1%	0,011
Ratio Coesione ≤1	81,1%	54,9%	
Ratio Flessibilità >1	27,0%	56,9%	0,005
Ratio Flessibilità ≤1	73,0%	43,1%	

Nel nostro studio i profili dei figli e dei genitori comparati mostrano delle differenze sia nelle scale bilanciate che in quelle sbilanciate. I figli partivano da valori peggiori nelle scale protettive (coesione= 40 e flessibilità= 47) e avvertivano come aree critiche la presenza di un legame familiare debole (scala del disimpegno= 79) e di una organizzazione della vita familiare "disordinata" (scala della disorganizzazione= 78).

I genitori hanno presentato un profilo simile a quello dei figli, ma con punteggi più equilibrati sia nelle scale che indicavano un buon funzionamento familiare (coesione= 49 e flessibilità= 56) che valori meno critici nelle scale sbilanciate (disimpegno= 60 e disorganizzazione= 60).

In generale queste famiglie, se si fossero trovate in difficoltà in momenti critici avrebbero potuto rispondere alle situazioni stressanti amplificando la propria difficoltà nel sentirsi uniti e nelle capacità di adattamento. Figli e genitori hanno avvertito una comunicazione familiare povera e si sono sentiti insoddisfatti della vita familiare.

Dal punto di vista statistico sono risultate significative le differenze nel disimpegno (p=0,002), nella rigidità (p=0,047) e nella disorganizzazione (p=0,005), dove i figli hanno presentato valori più critici. Per approfondire la valutazione dei profili abbiamo confrontato le famiglie che nel complesso hanno presentato un funzionamento orientato alla salute (la media dei punteggi delle scale indicanti un buon funzionamento sono superiori a quelle che indicano un funzionamento problematico MRT >1) con quelle problematiche (la media dei punteggi delle scale indicanti un buon funzionamento sono inferiori a quelle che indicano un funzionamento problematico MRT ≤1).

Quando le famiglie hanno mantenuto un funzionamento orientato verso la salute (MRT >1), di fronte all'evento ricovero, i figli hanno mostrato un profilo problematico, mentre i genitori hanno presentato la prevalenza di valori indicanti un buon funzionamento e sono apparsi contenere gli aspetti critici dei figli in tutte le scale. Sia figli sia genitori si sono mostrati insoddisfatti, i figli più dei genitori, ma nella comunicazione si sono avvertite buone capacità da parte degli uni e degli altri. In tutte e due le popolazioni la flessibilità bilanciata è apparsa più rappresentata rispetto alla coesione indicando una maggiore capacità di negoziazione reciproca (Figura 2).

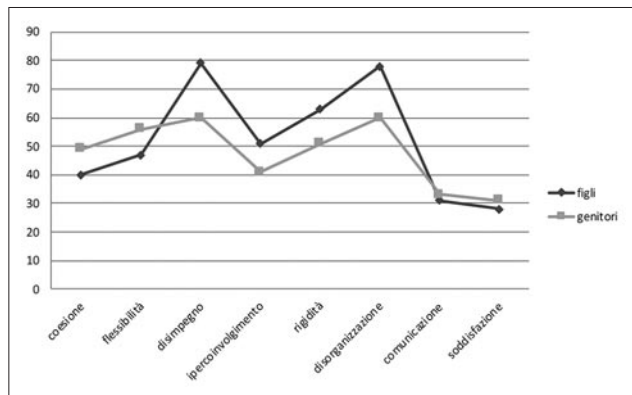


Figura 1. Profili familiari.

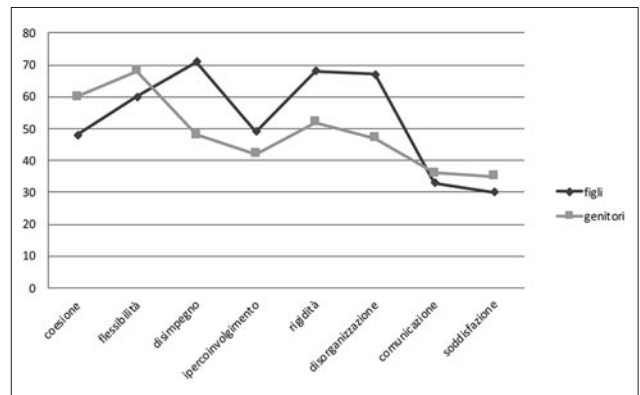


Figura 2. Profili familiari quando le MRT >1.

Dal punto di vista statistico sono risultate significative le differenze nel disimpegno ($p=0,09$), nella disorganizzazione ($p=0,024$) e nella soddisfazione ($p=0,50$), sempre con i figli che mostravano valori più critici.

Nei profili delle famiglie che hanno ottenuto valori problematici ($MRT < 1$) l'aspetto che colpisce è la quasi sovrapposizione dei due profili, che hanno mostrato valori alti nel disimpegno e nella disorganizzazione e bassi nella coesione e nella flessibilità bilanciata, con bassi livelli di comunicazione e soddisfazione. Osservando i dati, si è pensato a famiglie dove si avvertiva la fragilità del momento critico attraverso una bassa percezione dei legami familiari e a un vissuto di ingovernabilità rispetto alla situazione (Figura 3).

Dal punto di vista statistico sono permase le differenze significative nelle scale del disimpegno ($p=0,009$) e della disorganizzazione ($p=0,024$) e a queste si è aggiunta quella della soddisfazione ($p=0,050$).

Il peso delle variabili

Nonostante l'esiguità del campione, abbiamo voluto individuare l'eventuale presenza di relazioni fra le ratio dei figli e quelle dei genitori con alcune variabili socio-demografiche e relative al disturbo attraverso il test del chi-quadro. La valutazione ha incluso il genere, l'età dei pazienti, le diagnosi (disturbo di personalità, disturbo psicotico, disturbo affettivo), la durata di malattia, la gravità clinica (punteggio BPRS) e le ratio dei figli e dei genitori. Nei figli un'età superiore ai 30 anni ha rappresentato una variabile che si è associata in modo significativo alla percezione di un funzionamento familiare problematico (test chi-quadro $p=0,025$). Le diagnosi per disturbi dell'umore e psicotici e una durata di malattia superiore a 5 anni (T3) hanno mostrato una associazione con un funzionamento familiare problematico anche se non significativo ($p=0,579$ per diagnosi e $p=0,208$ per durata di malattia), mentre non sono emerse differenze rispetto alla gravità clinica ($p=0,724$).

Nei genitori non abbiamo avuto differenze significative, ma abbiamo potuto notare differenze degne di nota quando i pazienti erano di sesso femminile ($p=0,121$), quando i figli avevano un'età maggiore dei 30 anni ($p=0,166$), quando si è presentata una diagnosi di disturbi dell'umore ($p=0,493$),

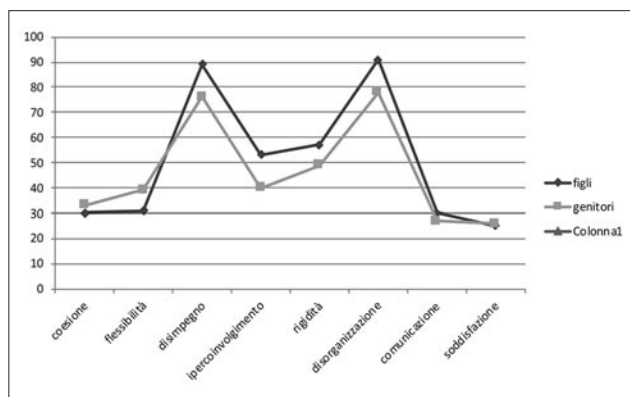


Figura 3. Profili familiari quando le MRT < 1.

mentre non si sono avvertite differenze rispetto alla durata del periodo di malattia e alla gravità clinica del loro familiare.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio ha confermato la presenza di delicati equilibri familiari di fronte all'evento ricovero.

La valutazione globale del funzionamento familiare da parte dei pazienti è apparsa marcatamente problematica, è sembrata ripercuotersi globalmente sia nella dimensione affettiva del legame che in quella strutturale dei ruoli e si è accompagnata al rilievo di una bassa capacità comunicativa e alla presenza di una bassa soddisfazione.

I figli, in questo caso le persone che presentavano il disturbo clinico, hanno espresso, rispetto ai genitori, una visione più critica in tutte le aree, mentre questi ultimi hanno mostrato una visione della famiglia più positiva. I profili familiari medi hanno restituito questa differenza mostrando come i figli presentassero livelli più bassi nelle scale protettive, la coesione e la flessibilità bilanciata, più alti in quelle sbilanciate, soprattutto nel disimpegno e nella disorganizzazione, e più bassi nella comunicazione e nella soddisfazione familiare.

L'evento ricovero è apparso promuovere una marcata diversità nelle percezioni familiari fra i figli e i genitori. A fronte di questa differenza il confronto fra le famiglie orientate alla salute e quelle problematiche ha mostrato due configurazioni familiari differenti: nelle prime la visione dei figli veniva contenuta da quella dei genitori, mentre nell'altra la percezione problematica da parte dei figli si accompagnava a quella dei genitori e si attutivano le differenze fra gli uni e gli altri.

Paradossalmente nelle famiglie dove si ritrovava un orientamento positivo è sembrato esserci una tensione fra i genitori e i figli che avvertivano, contrariamente ai genitori, la famiglia come problematica, mentre quando la sofferenza familiare è apparsa più marcata tutti i membri ne sembravano coinvolti.

Nelle famiglie con un orientamento alla salute la perturbazione legata al momento critico è stata contenuta e contrastata, mentre in quelle problematiche, probabilmente, si è creato un circuito negativo dove le criticità si sono associate a rassegnazione e insoddisfazione.

Il suggerimento che questo dato propone è stato di osservare con attenzione la presenza delle qualità del legame e le modalità organizzative di base della famiglia e dell'alleanza genitoriale. Le disorganizzazioni ed "estremizzazioni" che si possono avvertire in un momento delicato come quello del ricovero possono essere il riflesso di una situazione critica e le famiglie dove tutti "concordano" una visione difficile del loro stare insieme possono avere meno risorse di quelle in cui visioni diverse si affrontano.

I dati che correlavano la valutazione del funzionamento familiare con gli indici legati sia a variabili demografiche (sesso ed età) e cliniche (diagnosi, gravità clinica, durata di malattia) hanno mostrato come il fattore temporale, la durata di malattia e l'età dei pazienti siano stati fattori altamente significativi rispetto agli altri. Per quanto la non numerosità del campione abbia limitato le considerazioni, il differente

Stili familiari e acuzie psichiatrica

peso di una variabile demografica come l'età, rispetto a quelle cliniche, come la gravità psicopatologica, ha sottolineato l'importanza che nel decorso e nello sviluppo dei disturbi clinici assumono le variabili contestuali e quelle legate al trattamento.

Concludendo, lo studio ha indicato come spesso, in occasione di un ricovero, la propria famiglia venga vissuta in modo critico, l'importanza degli equilibri fra genitori e figli per una ripresa e il peso dello scorrere del tempo nel diminuire le risorse familiari.

Questi dati suggeriscono la rilevanza di interventi precoci quando si manifesta l'evento ricovero per impedire che nel tempo la sofferenza familiare espressa dai pazienti si possa accompagnare a una perdita di speranza.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Lupoi S. Comunità semiresidenziali e psicosi. Teoria e prassi in un'ottica relazionale-familiare. Milano: Franco Angeli, 1995.
2. Baucom DH, Belus JM, Adelman CB, Fischer MS, Paproki C. Couple-based interventions for psychopathology: a renewed direction for the field. *Family Process* 2014; 53: 445-61.
3. Stratton P, Silver E, Nascimento N, McDonnell L, Powel G, Nowotny E. Couple and family therapy outcome research in the previous decade: what does the evidence tell us? *Contemporary Family Therapy* 2015; 37: 1-12.
4. Bertrando P, Beltz J, Bressi C, et al. Expressed emotion and schizophrenia in Italy. A studio of an urban population. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 223-9.
5. Goldstein MJ. Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatr Scand* 1994; (382): 54-7.
6. Leff J. Research on expressed emotion. *Int J Ment Health* 1995; 24: 3-6.
7. Schepisi L. L'imprevisto famiglia nei servizi di salute mentale. Milano: Franco Angeli, 1997.
8. Bray JH, Campbell TL. The family's influence on health. *Textbook of Family Medicine* 7th ed. Philadelphia Saunders Elsevier 1997: 25-6.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013.
10. Galician Health Technology Assessment. Clinical practice guideline on the management of depression in adult. National Guidelines Clearinghouse (NGC) 2014.
11. Fredman SJ, Baucom DH, Boeding SE, Miklowitz DJ. Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 81-91.
12. Talevi D, Pacitti F, Costa M, et al. Further exploration of personal and social functioning: the role of interpersonal violence, service engagement, and social network. *J Nerv Ment Dis* 2019; 207: 832-7.
13. Rossi R, Talevi D, Gregori E, Quarta E, Lucaselli A, Pacitti F. Early interpersonal violence mediates the effect of family history of mental disorder on suicide attempts in a non-clinical sample. *Riv Psichiatr* 2020; 55: 37-40.
14. Abraham P, Vansteenwegwn A, Mieke I. Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *Am J Fam Ther* 2006; 34: 285-300.
15. Comunian AL, Gielen UP (eds). International perspectives on human development. Miami: Pabst Science Publishers, 2001.
16. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychotic Rating Scale (BPRS4.0) in raters with high vs low clinical experience. *Acta Psychiatrica Scand* 1999; 100: 229-36.
17. Lupoi S. Trattamento integrato della schizofrenia in chiave sistemico-relazionale. Milano: Franco Angeli, 2006.
18. Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. La terapia familiare nei servizi psichiatrici. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.
19. Gabbard GO, Atkinson SD. Trattamento dei disturbi psichiatrici. Arlington, VA: APA, 2002.
20. Lieberman RP. La riabilitazione psichiatrica. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1997.
21. Falloon IR, Krekorian H, Shanahan WJ, Laporta M, McLess S, Magliano L. Assistenza psichiatrica integrata in comunità. *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e psicosociale* 1992; 1: 25-32.
22. Lorioed C. Resilienza e fattori di protezione nella psicoterapia familiare sistemica. *Rivista di Psicoterapia Relazionale* 2005; 21: 5-27.
23. Visani E. Un contributo per una psicoterapia familiare basata sulle risorse. *Rivista di Psicoterapia Relazionale* 2014; 5: 21-38.
24. Walsh F. Strengthening family resilience. New York: Guilford Press, 2015.
25. NIMH. Resilience Survey. Risk factors for psychopathology using existing data sets. PA 1999; 99,121.
26. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment resiliency, coping and adaptation. Inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin, 1996.
27. Mangham C, McGrath P, Reid G, Stewart M. Resiliency: relevance to health promotion. *Can J Public Health* 1996; 87: 373-4.
28. Walsh F. Strengthening family resilience. New York: Guilford Press, 1989.
29. Reiss D. The family's construction of reality. Cambridge: Harvard University Press, 1981.
30. Rungreangkulkij S, Gillis CL. Conceptual approaches to studying family caregiving for person with severe mental illness. *J Fam Nurs* 2000; 6: 341-67.
31. Cole K, Clark JA, Gable S. Promoting family strengths. University Extension, University of Missouri-Columbia. Disponibile su: <https://bit.ly/2KaDNk0> (ultimo accesso 12 gennaio 2021).
32. Hawley DR, De Haan I. Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Fam Proc* 1996; 35: 283-95.
33. Brooks RB. Children at risk: fostering resilience and hope. *Am J Orthopsychiatry* 1994; 64: 545-53.
34. Chafetz L, Barnes L. Issues in psychiatric caregiving. *Arch Psychiatric Nurs* 1989; 3: 61-8.
35. Johnson ED. Differences among families coping with serious mental illness: a qualitative analysis. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70: 126-34.
36. Lee HJ, Lin EC, Chen MB, Su TP, Chiang LC. Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *Int J Ment Health Nurs* 2018; 27: 61-71.
37. Greeff A, Vansteenwegen A, Ide M. Resiliency in families with a member with a psychological disorder. *Am J Fam Ther* 2006; 43: 285-300.
38. Enns RA, Reddon JR, McDonald L. Indications of resilience among family members of people admitted to a psychiatric facility. *Psychiatr Rehabil J* 1999; 23: 127-35.
39. Meyers E, Lin A, Lester E, Shaffer K, Rosand J, Vranceanu AM. Baseline resilience and depression symptoms predict trajectory of depression in dyads of patients and their informal caregivers following discharge from the Neuro-ICU. *Gen Hosp Psychiatry* 2019; 62: 87-92.

Meroni MC et al.

40. Cardoso L, Galera SA. Psychiatric hospitalization and maintaining the treatment outside hospital. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45: 85-92.
41. Ostman M, Hansson L. The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scand J Car Sci* 2001; 15: 159-64.
42. Ohaeri JU. The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 457-65.
43. Cardoso L, Galera SA. Psychiatric hospitalization and maintaining the treatment outside hospital. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45: 85-92.
44. Weller DB, Faulkner M, Dojle O, Daniel SS, Goldston DB. Impact of patients' psychiatric hospitalization on caregivers: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 527-35.
45. Eaton PM, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nurs Res Pract* 2011; 2011: 392705.
46. Olson DH, Sprenkle DH, Russel C. Circumplex model of marital and family system: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process* 1979; 18: 3-28.
47. Olson DH. FACES IV & the circumplex model: validation study. *J Marital Fam Ther* 2000; 37: 64-80.
48. Olson DH, Gorall M. FACES IV & circumplex model. Family social Science. St. Paul, MN: University of Minnesota, 2006.
49. Visani E, Di Nuovo S, Lorio C. Il Faces IV. Milano: Franco Angeli, 2014.
50. Lorio C, Di Nuovo S, Visani E. FACES IV: Italian reliability and validity. Disponibile su: <https://bit.ly/35zr1mC> (ultimo accesso 12 gennaio 2021).
51. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Edizione italiana: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.
52. International Classification of Diseases 9th Revision-Clinical Modificatio-2002.
53. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizofr Bull* 1986; 12: 594-601.
54. Ventura J, Green MF, Shaner A, Lieberman RP. Training and quality assurance with the brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters". *Int J Method Psychiat Res* 1993; 3: 221-44.
55. Morosini P, Roncone R, Impallomeni M, Marola V, Casacchia M. Presentazione dell'adattamento italiano della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata (BPRS 4.0). *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* 1995; 1: 48-54.
56. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS4.0) in raters with high vs low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 229-36.
57. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel R. Clinical implication of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 366-71.