

# **Valutazione dei gruppi multifamiliari psicodinamici per i pazienti psichiatrici e le loro famiglie. Proposta di un protocollo di valutazione di esito-processo**

*Maria Teresa Gargano, Grazia Serantoni, Federico Russo, Andrea Narracci*

## **Abstract**

In ottica comunitaria di trattamento della patologia mentale grave attraverso il dispositivo multifamiliare (Badaracco, 2004; Asen & Scholz, 2010), la ricerca empirica con pazienti psichiatrici dovrebbe focalizzarsi, secondo letteratura (de Albuquerque et al., 2010; Karamlou et al., 2010), sulla valutazione della correlazione tra variabili di esito, fattori terapeutici, carico di cura percepito e caratteristiche della struttura familiare, al fine di comprendere quali ruoli essi giochino nella mediazione o moderazione del cambiamento.

Assumendo ciò, il lavoro presenterà una proposta di protocollo di assessment testato all'interno del progetto di ricerca multicentrico sulla valutazione dell'efficacia dell'intervento multifamiliare di gruppo avviato in alcuni servizi territoriali del Lazio.

**Parole chiave:** gruppi multifamiliari, ricerca in psicoterapia, disturbi psichiatrici gravi, valutazione dell'efficacia, psicoterapia di gruppo

## **Introduzione**

La ricerca empirica di psicoterapie con pazienti gravi, e più in particolare schizofrenici, mostra diverse criticità, legate per esempio alla frequente ospedalizzazione e ad alti tassi di recidiva; all'ambiguità del concetto di psicosi; alla varietà dei modelli psicoterapeutici di gruppo; a problemi metodologici (González de Chávez, 2009).

I pazienti gravi partecipano, inoltre, a programmi di trattamento complessi, che comprendono spesso diversi approcci terapeutici (farmaci, terapia individuale, terapia di gruppo, terapia riabilitativa, etc.), e che si dimostrano più efficaci nel ridurre i sintomi e i tassi di recidiva, rispetto alla lista di attesa o ad un approccio terapeutico singolo (Fontao & Hoffmann, 2011).

Specificare e separare gli effetti degli interventi di gruppo da quelli di altre modalità di trattamento risulta difficile (cit.). Inoltre una approfondita analisi della letteratura esistente sugli approcci di gruppo rivolti a pazienti gravi, mostra una evidente concentrazione sull'esito del trattamento psicoeducativo, trascurando lo studio delle variabili di processo (cit.).

Nonostante queste limitazioni, numerose ricerche hanno riportato che l'intervento multifamiliare di gruppo, di tipo psicoeducativo, è oggi uno degli strumenti più validi per contrastare il numero di ricadute e di ospedalizzazione in pazienti con schizofrenia (Dixon & Lehman, 1995; Dick et al., 2002; Pitschel-Walz et al., 2001), rivelandosi più efficace degli interventi familiari in setting individuale (McFarlane et al., 1995) e del

gruppo di controllo (pazienti che non partecipavano al gruppo) (Dick et al., 2002; Bradley et al., 2006; Couchman, 2008).

In una metanalisi che ha incluso una vasta gamma di studi randomizzati e controllati (Pilling et al., 2002), tutti gli interventi familiari (tra cui anche quelli multifamiliari) erano più efficaci nel ridurre la recidiva nei primi 12 mesi di trattamento e a follow-up di 2 anni, rispetto ad altri approcci. Tutti gli interventi familiari miglioravano la compliance al trattamento in modo più significativo del gruppo di controllo (altri trattamenti).

Rispetto alla “compliance”, una recente ricerca (Kopelowicz et al., 2012) ha coinvolto 174 adulti, con patologia schizofrenica e schizoaffettiva, messicani e residenti a Los Angeles. I pazienti hanno partecipato a tre gruppi: Gruppo multifamiliare (GMF) standard; GMF che aveva l’obiettivo di promuovere l’adesione al trattamento e terapia abituale. I gruppi erano bisettimanali, della durata di 90 minuti. La ricerca ha avuto una durata complessiva di un anno, con follow-up a 6 e a 12 mesi. Alla fine del primo anno, i pazienti assegnati al primo trattamento, riportavano una maggiore adesione alle cure, rispetto agli due trattamenti, e una minore probabilità di ricovero.

Oltre ad aumentare la “compliance”, il gruppo multifamiliare promuove anche il miglioramento del clima familiare e del ruolo sociale e comunitario (Jenner, 2003). È da sottolineare, tuttavia, che, rispetto alla valutazione dell’esito nei pazienti, poche ricerche hanno valutato cambiamenti nella struttura di personalità, l’effettivo sbocco occupazionale e la qualità della vita (Bradley et al., 2006).

Rispetto alla valutazione della qualità della vita, riportiamo i risultati di una ricerca recente che, tuttavia, ha riguardato pazienti bipolari gravi. Madigan e collaboratori (2012) hanno coinvolto in uno studio 47 familiari di pazienti irlandesi, con disturbo bipolare, assegnati casualmente ad uno dei seguenti trattamenti: Gruppo multifamiliare psicoeducativo (5 sedute); terapia di gruppo “Solution Focused” (5 sedute, condotte da infermieri psichiatriche) e trattamento abituale. I risultati mostrano che i familiari assegnati ai primi due trattamenti apprendevano una maggiore consapevolezza di sé e degli altri e riportavano una diminuzione del carico, anche a follow-up di un anno e due anni. È stato riscontrato anche un miglioramento della qualità della vita nei pazienti con disturbo bipolare, i cui familiari hanno partecipato ai primi due trattamenti. Nessun cambiamento significativo è stato invece riscontrato nel funzionamento globale dei pazienti (GAF).

In sintesi la maggior parte delle ricerche empiriche ha riguardato terapie psicoeducative, seguendo il modello elaborato dal gruppo di lavoro di McFarlane (2002), che combina la psicoeducazione con l’apprendimento di competenze, e hanno mostrato come il gruppo multifamiliare contribuisca ad aumentare nei pazienti la compliance, ad abbassare i tassi di recidiva, la frequenza di ospedalizzazione, a migliorare il funzionamento sociale (McFarlane et al., 1995; McFarlane et al., 1996; Dyck et al. 2000; McFarlane et al., 2000). Per quanto riguarda la valutazione dell’esito nei familiari, la review di Corcoran & Phillips (2000) riporta che i GMF sviluppano importanti conoscenze sulle caratteristiche della schizofrenia, l’abilità di coping, il

sensu di autoefficacia. Diminuiscono, altresì, nei familiari, il conflitto familiare, il livello di stress percepito, il senso di vergogna (Hugen, 1993; Hazel, 2004).

Attualmente c'è, invece, una mancanza di chiarezza su quali siano gli effettivi benefici percepiti dai familiari, riguardanti la valutazione delle risorse psicosociali (Pai & Kapur, 1981; Hazel, 2004).

Restringendo l'approfondimento della letteratura empirica al territorio italiano, le ricerche presenti hanno valutato soprattutto il carico familiare (Magliano et al., 2006; Fulgosi & Rizzo, 2008; Bazzoni et al., 2003), evidenziando come nel gruppo d'intervento si registrava un minore carico familiare rispetto all'inizio, e la percentuale dei familiari che riferivano di sentirsi imbarazzati quando entravano nei locali pubblici con il paziente diminuiva significativamente, dal 21% all'8%. (Magliano et al., 2006). Il gruppo promuove il miglioramento nel carico oggettivo e soggettivo percepito dai familiari, facilita la gestione del paziente, e aumenta il sostegno pratico e psicologico da parte della rete sociale (Fulgosi & Rizzo, 2008). Il gruppo favorisce, allo stesso tempo, nei pazienti il miglioramento di alcuni aspetti del funzionamento sociale, come il coinvolgimento alla vita familiare e le relazioni sociali. Inoltre, nel gruppo dei pazienti trattati non vi sono stati ricoveri durante il periodo di osservazione (Magliano et al., 2006).

Questi studi hanno coinvolto il servizio pubblico, in setting ambulatoriale, considerando un arco di tempo di 6 mesi, a fronte di una durata di malattia di più di 5 anni nel 75% dei casi. Mancano, dunque lavori che valutino nel lungo termine, l'efficacia dell'intervento.

Dalla disamina presentata, emerge che sia le ricerche in ambito internazionale che quelle nel territorio italiano hanno valutato l'intervento psicoeducativo multifamiliare, e non quello di ispirazione più strettamente psicodinamica.

È importante approfondire in ricerca la valutazione di aspetti strutturali della personalità, sia nei pazienti che nei familiari e la relazione tra variabili di esito e processo psicodinamico.

Nessuna delle ricerche presenti in letteratura, confrontava l'esito del trattamento multifamiliare con le variabili di processo di gruppo, come l'alleanza, la coesione, il clima percepito e più in generale, i fattori terapeutici di gruppo.

Si richiede anche un approfondimento sulla relazione tra carico percepito dai familiari e sostegno sociale percepito, considerando la contraddittorietà di alcuni risultati esistenti.

### ***Strumenti di valutazione***

Il protocollo di assessment testato all'interno del progetto di ricerca multicentrico sulla valutazione dell'efficacia dell'intervento multifamiliare di gruppo avviato in alcuni servizi territoriali del Lazio (1) mira a valutare l'efficacia dell'intervento multifamiliare di gruppo attraverso l'analisi di variabili:

- sia di *processo* (fattori terapeutici, aspetti di coesione, alleanza e clima di gruppo)

- sia di *risultato* (funzionamento globale del paziente psichiatrico, stile di attaccamento del paziente, carico di cura percepito e strategie di coping dei familiari, livelli di burnout degli operatori).

I due cluster di variabili verranno analizzati sia indipendentemente sia dipendente tra loro, ipotizzando – come da analisi della letteratura scientifica – una stretta interdipendenza.

Il protocollo include i seguenti quattro livelli d'analisi:

### **LIVELLO D'ANALISI 1: il Paziente**

- ***Livelli di organizzazione della personalità*** (diagnosi dimensionale e categoriale di personalità):
  - Millon Clinical Multiaxial Inventory III - MCMI-III (Millon, 2008); Il MCMI-III (questionario autosomministrato composto da 175 item a doppia alternativa di risposta “vero-falso”) è fondato sulla teoria evuzionista della personalità con formato multiassiale e connessione con il DSM-IV e rileva 24 scale e 4 indici di correzione:
    - pattern di personalità clinica [1 schizoide; 2a evitante; 2b depressiva; 3 dipendente; 4 istrionica; 5 narcisistica; 6a antisociale; 6b sadica (aggressiva); 7 ossessivo-compulsiva; 8a negativistica (passivo-aggressiva); 8b masochistica (autofrustrante); grave patologia della personalità; s schizotipica; c borderline; p paranoide];
    - sindromi cliniche [a ansia; h somatizzazione; n bipolare: mania; d distimia; b dipendenza da alcol; t dipendenza da droghe; r disturbo post-traumatico da stress];
    - sindromi cliniche gravi [ss disturbo del pensiero; cc depressione maggiore; pp disturbo delirante];
    - indici di modifica [x apertura; y desiderabilità; z autosvalutazione; v validità].
  - Diagnosi categoriale, DSM-IV-TR (APA, 2002).
- ***Stili di attaccamento***: Attachment Styles Questionnaire – ASQ (Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994; Fossati, et al., 2003); è un questionario autosomministrato, composto da 40 item con risposta su scala Likert a 6 punti che indaga le seguenti dimensioni:
  - Fiducia
  - Disagio per l'intimità
  - Secondarietà delle relazioni
  - Bisogno di approvazione

- Preoccupazione per le relazioni.
- **Funzionamento globale del paziente psichiatrico:** World Health Organization - Disability Assessment Schedule – WHO-DAS II (WHO, 2001); è un questionario da somministrare a cura del clinico, composto da 51 item con risposta su scala Likert che indaga le seguenti dimensioni, relative al funzionamento del paziente psichiatrico nella vita quotidiana:
  - comprensione e comunicazione;
  - mobilità;
  - cura di sé;
  - interazioni e relazioni con gli altri;
  - vita domestica o attività lavorativa;
  - partecipazione alla società.
- Altre variabili anagrafico – epidemiologiche da indagare:
  - numero e durata dei ricoveri in SPDC;
  - numero di ingressi in SRAIT/CRT/SR e durata dell'esperienza;
  - presenza di attività presso CD;
  - farmacoterapia;
  - altri tipi di psicoterapia oltre alla partecipazione al GMF;
  - capacità di lavorare e/o di proseguire negli studi;
  - richiesta di certificazione di invalidità.

## **LIVELLO D'ANALISI 2: la Famiglia**

- **Carico familiare:** Strumento di Valutazione del Supporto Sociale – QRS (Gigantesco et al., 1995): breve questionario autosomministrato (o da somministrare a cura del clinico) che indaga il livello di soddisfazione generale relativo al supporto sociale percepito.
- **Strategie di coping:** Coping Orientation to the Problems Experienced-Nuova Versione Italiana – COPE-NVI (Sica et al., 2008) è un questionario autosomministrato composto da 60 item con quattro possibilità di risposta (da “di solito non lo faccio” a “lo faccio quasi sempre”) che misura cinque dimensioni di base relative agli stili di coping:
  - supporto sociale;
  - strategie di evitamento;
  - attitudine positiva;
  - orientamento al problema;
  - orientamento trascendente.

- **Coesione familiare:** The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – FACES (Olson, 1991), è un questionario composto da 40 item (20 per la dimensione familiare reale e 20 per la dimensione familiare ideale) con risposta su scala Likert a 5 punti che indaga il grado di coesione e adattabilità della famiglia.

### LIVELLO D'ANALISI 3: gli Operatori

**Vissuto emotivo e mantenimento delle capacità professionali:** Link Burn-Out Questionnaire - LBQ (Santinello, 2007); è un breve questionario composto da 24 item con risposta su scala Likert che indaga quattro scale, ognuna delle quali comprende tre item con polarità positiva e tre con polarità negativa:

- esaurimento psicofisico: è la sensazione di sentirsi stanchi e sotto pressione, l'esaurimento delle risorse fisiche e psichiche.
- deterioramento della relazione: quando la relazione di aiuto con l'utente diviene alienata fino al cinismo.
- inefficacia professionale: quando i problemi professionali diventano situazioni incomprensibili.
- disillusione: quello che sembrava una passione è diventato una routine priva di significato.

### LIVELLO D'ANALISI 4: il Gruppo

**Coesione:** Group/Member/Leader Cohesion Scale – GMLCS (Piper, Jones, Lacroix, Marrache, Richardson, 1984). Piper et al. (1984) e Kipnes, Piper e Joyce (2002) hanno costruito e testato su diversi campioni clinici 3 questionari autosomministrati che valutano rispettivamente la coesione nei confronti del terapeuta, del gruppo nel suo insieme e dei singoli partecipanti al gruppo. In questo studio verrà utilizzata solo una forma, quella che valuta la coesione rispetto al gruppo nel suo insieme: si tratta di un questionario self-report composto da 9 item, con risposta su scala Likert a 6 punti (da “pochissimo” a “moltissimo”).

La forma che valuta la coesione rispetto al gruppo nel suo insieme fornisce punteggi rispetto a tre aree:

1. effetto e stimolazione mutua
2. impegno verso il gruppo
3. impegno del gruppo.

**Alleanza:** California Psychotherapy Alliance Scale – CALPAS-G (Marmar et al., 1986; 1989; 1989a; Gaston, 1991; Gaston e Marmar, 1994) è un questionario autosomministrato, specificamente pensato per la valutazione dell'alleanza terapeutica in gruppo, che fornisce la valutazione di quattro indici di alleanza terapeutica. Questi indici si riferiscono ai contributi del paziente nel processo di formazione dell'alleanza:

1. Capacità di lavoro del paziente (*Patient Working Capacity*, PWC);



2. Impegno del paziente (*Patient Commitment, PC*);
3. Consenso sulla strategia di lavoro (*Working Strategy Consensus, WSC*);
4. Comprensione e coinvolgimento del membro/paziente (*Member Understanding and Involvement, MUI*).

**Clima di gruppo:** Group Climate Questionnaire – Short Form (MacKenzie, 1981) è un questionario autosomministrato, in grado di valutare il clima instauratosi tra i membri del gruppo.

Lo strumento in grado di misurare in modo valido ed attendibile sia il coinvolgimento dei partecipanti ad un gruppo e più in generale l'instaurarsi di un clima positivo, costruttivo, di fiducia, appartenenza, confronto e coesione, sia il conflitto all'interno di un gruppo e in generale l'instaurarsi di un clima negativo di rifiuto, sfiducia, tensione. È composto da 12 item, divisi in tre scale, che sono le seguenti:

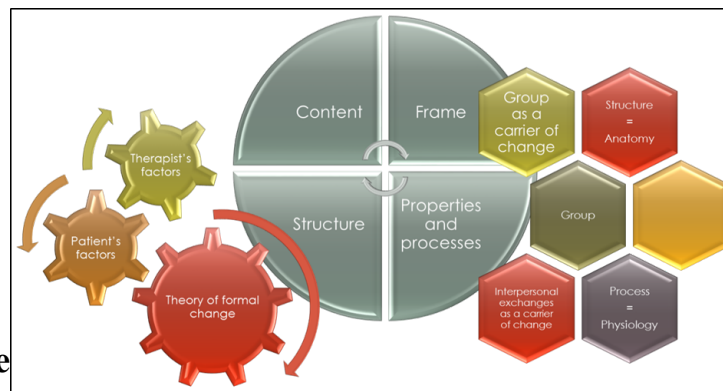
1. Coinvolgimento
2. Conflitto
3. Evitamento

**Fattori terapeutici:** Therapeutic Factors Inventory-Short form – TFI-S (MacNair-Semands, 2010) è un breve questionario autosomministrato composto da 23 item con risposta su scala Likert a 7 punti che valuta le seguenti dimensioni, sulla base delle teorizzazioni di Yalom sui fattori terapeutici di gruppo (Yalom & Leszcz, 2009):

1. infondere speranza;
2. espressione sicura delle emozioni;
3. consapevolezza dell'impatto interpersonale;
4. apprendimento sociale.

## Conclusioni

La ricerca nell'ambito delle psicoterapie di gruppo si muove nella direzione di una integrazione tra valutazioni di outcome ottenuto dai pazienti e i fattori relazionali e strutturali che possono facilitare il cambiamento e favorire un miglioramento dei pazienti stessi (vedi Fig. 1).



**Figura 1 – Ele**

**a dei gruppi**

La ricerca nel campo della psicoterapia di gruppo, fondamentale, può essere uno strumento potente – per i pazienti, per i clinici e per le istituzioni ancor prima che per i ricercatori – di conoscenza clinica, ma solo se strutturata in base a criteri metodologici e scientifici specificatamente attinenti al campo di indagine preso in oggetto (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi, et al., 1998).

Nell'ambito della ricerca empirica con i pazienti gravi sembra ancora più importante non limitarsi a valutare la semplice relazione predittiva tra variabili di esito e di processo, ma esplorare in che modo alcune variabili di processo, che coinvolgono pazienti e familiari, possano ricoprire un importante ruolo e di mediatori o moderatori di cambiamento. Può tornare, inoltre, più utile al clinico, variabili che oltre a basarsi su dimensioni individuali, coinvolgano le appartenenze familiari e comunitarie e affiancare al lavoro di ricerca con i pazienti quello con il gruppo dei curanti.

Pensiamo che nel gruppo multifamiliare, infine, ci sia la possibilità di un confronto continuo con utenti e familiari, oltre che con colleghi dello stesso servizio o di altre agenzie sociali collegate al servizio, e che ciò può rafforzare, a lungo termine, nell'istituzione una cultura di gruppo, sollecitando il gruppo curante a utilizzare spazi finalizzati al:

- confronto,
- negoziazione delle scelte,
- circolarità delle informazioni,
- valutazione e
- riflessione sul metodo di lavoro utilizzato, sui diversi percorsi di cura possibili e alla progettazione a lungo termine (interfacendosi con le altre strutture e servizi con cui è venuto a contatto il paziente).

#### **Note:**

- 1) Il campione, per lo studio pilota, ha riguardato:
  - un gruppo sperimentale composto da:
    - 4 gruppi multifamiliari a conduzione psicodinamica con almeno tre nuclei familiari ciascuno (minimo 35 soggetti in totale) (un gruppo del C.S.M. di via Monte Tomatico della A.S.L. RmA/4; un gruppo del C.S.M. di Frascati della A.S.L. RmH; un gruppo del C.S.M. di via Palestro della A.S.L. RmA; un gruppo dalla Comunità Terapeutica Gnosis “Grande Montagna”, Roma);
      - pazienti con diagnosi psichiatrica di medio-alta gravità;
      - partecipanti (figli e familiari) con età compresa tra i 20 e 65 anni;
  - un gruppo di controllo/confronto composto sia da:



- 4 gruppi psicoterapeutici a conduzione psicodinamica (minimo 35 soggetti in totale):
  - pazienti con diagnosi non psichiatrica o con diagnosi psichiatrica di gravità lieve;
  - pazienti con età compresa tra i 20 e 65 anni;
- sia da:
  - minimo 35 pazienti con diagnosi non psichiatrica, con diagnosi psichiatrica di medio-alta o lieve gravità che non frequentano gruppi di psicoterapia;
  - pazienti con età compresa tra i 20 e 65 anni.

## Bibliografia

- A.P.A. (2002). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Elsevier.
- Asen, E., & Scholz, M. (2010). *Multi-family therapy. Concepts and techniques*. London: Routledge.
- Badaracco, J.G. (2004). *Psicoanalisi multifamiliare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bazzoni, A., Rosicarelli, M.L., Picardi, A., Mudu, P., Roncone, R., Morosini, P. (2003). Intervento multifamiliare di gruppo e schizofrenia: uno studio controllato randomizzato. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 9.
- Bradley, G.M., Couchman, G.M., Perlesz, A., Nguyen, A.T., Singh, B., Riess, C. (2006). Multiple-Family Group Treatment for English- and Vietnamese-Speaking Families Living With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 521–530.
- Corcoran, J., Phillips, J. (2000). Family Treatment with Schizophrenia. In Corcoran, J. (a cura di), *Evidence-Based Social Work Practice with Families: A Lifespan Approach*. Springer Publishing Company, pp.428-504.
- Couchman, G. (2008), “Sistematicamente parlando. Integrating Multifamily Group Work”. In Gleeson, J.F., Killackey, E., & Krstev H. (a cura di), *Psychotherapies for the Psychoses. Theoretical, Cultural and Clinical Integration*. New York: Routledge Edition.
- de Albuquerque, E., de Oliveira Cintra, A., Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: Comparação entre diferentes tipos de cuidadores. Burden in family caregivers of psychiatric patients: Comparison between different types of caregivers. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 59(4), 308-316.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M., Giannone, F. (a cura di) (1998), *Valutare le psicoterapie*. Milano: FrancoAngeli.
- Dixon, L., & Lehman, A.F. (1995). Family intervention for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631–64.

- Dyck, D.G., Short, R.A., Hendryx, M.S., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., McDonell, M.G., Voss, W.D., McFarlane, W.R. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services*, 51(4), 513-519.
- Feeney, J.A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment, and treatment*, pp.128-152. New York: Guilford.
- Fontao, M.I. & Hoffmann, K. (2011). Psychosocial treatment in group format with people diagnosed with schizophrenia: Results and limitations of empirical research. *Psychosis*, 3 (3), 226–234.
- Fossati, A., Feeney, J.A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., & Maffei, C. (2003). On the di-mensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 55-79.
- Fulgosi, F., Rizzo, F. (2008). Il sostegno del DSM di Ferrara ai familiari dei pazienti con disturbi psichici gravi: risultati preliminari di uno studio di efficienza condotto in collaborazione con i piani per la salute. *Psichiatria di Comunità*, vol. VII, 3. pp. 132-140.
- Gaston, L. (1991). Reliability and Criterion-Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68-74.
- Gaston, L., Marmar, C.R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, 85-108.
- Gigantesco, A., Rossi, L., Morosini, P., Flisi, E. (1995). QRS: un nuovo strumento di valutazione del supporto sociale. *Bollettino di psicologia applicata*, (214):37-44.
- González de Chávez, M. (2009). Group psychotherapy and schizophrenia. In: Alanen, Y.O., Silver, A.L.S. & González de Chávez M. (Eds.), *Past, present and future of psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses* (pp. 251–266). Hove/New York: Routledge.
- Hazel, N.A., McDonell, M.G., Short, R.A., Berry, C.M., Voss, W.D., Rodgers, M.L., Dyck, D.G. (2004). Impact of Multiple-Family Groups for Outpatients With Schizophrenia on Caregivers' Distress and Resources. *Psychiatric Services*, 55, pp. 35–41.
- Hugen, B. (1993). The Effectiveness of a Psychoeducational Support Service to Families of Persons with a Chronic Mental Illness. *Research on Social Work Practice*, 3, 137 - 154.

- Jenner, J.A. (2003). Results of multifamily hit-treatment for psychotic patients with persistent auditory hallucinations: A pilot-study. *Schizophrenia Research*, 60, 1, Supplement, p. 158.
- Karamlou, S., Mottaghypour, Y., Mazaheri, M.A. (2010). Effect of family psycho-education on family cohesion, expressiveness and conflict of families of patients with severe mental disorders in Iran. *European Psychiatry*, Volume 25, Supplement 1, 1197.
- Kipnes, D. R, Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2002). Cohesion and outcome in short-term psychodynamic groups for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(4), 483–509.
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, C.J., Liberman, R.P., Lopez, S.R., Mintz, J. (2012). The Ability of Multifamily Groups to Improve Treatment Adherence in Mexican Americans with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 265-273.
- MacKenzie, R. (1981). Measurement of Group Climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 287-295.
- Macnair-Semands, R.R., Ogrodniczuk, J.S., & Joyce, A.S. (2010). Structure and initial validation of a short form of the therapeutic factors inventory. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(2): 245-81.
- Madigan, K., Egan, P., Brennan, D., Hill, S., Maguire, B., Horgan, F., Flood, C., Kinsella, A., O'Callaghan, E. (2012). A randomised controlled trial of carer-focused multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 27(4), 281-284.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1784-91.
- Marmar, C.R., Gaston, L., Gallagher, D., Thompson, L.W. (1989a). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 417-23.
- Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., Marziali, E. (1986), The development of the Therapeutic Alliance Rating System. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press, 367-90.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.
- McFarlane, W.R., Dushay, R.A., Stastny, P., Deakins, S.M., Link, B. (1996). A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 47(7), 744-750.

- McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 679-87.
- McFarlane, WR (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York: Guilford Press.
- McFarlane, WR, Lukens, E, Link, B, Bushay, R, Deakins, S.A., Newmark, M, Dunne, E.J., Horen, B., Toran, J. (1995). Multiple-family group and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679-687.
- McFarlane. W.R., Dushay, R.A., Deakins, S.M., Stastny, P., Lukens, E.P., Toran, J., Link, B. (2000). Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 203-214.
- Millon, T. (2008). *MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory - III*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Olson, D.H. (1991) Commentary: three-dimensional Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74 –79
- Pai, S., Kapur, R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332–335.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763–782.
- Piper, W. E., Marrache, M., Lacroix, R., Richardson, A. M., & Jones, B. D. (1983). Cohesion as a basic bond in groups. *Human Relations*, 36, 93-108.
- Pitschel'Wcdz, G., Leucht, S., Bduml, J., Kissling, W., & Engel, R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia-A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 1.
- Santinello, M. (2007). *L.B.Q.: Link Burn-Out Questionnaire. Manuale*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R., & Franceschini, S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, vol. 14, n. 1.
- World Health Organization, (1992). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Disponibile in: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>. Trad. It.: Ministero della Sanità, (2001). *Classificazione delle malattie e dei problemi sanitari correlati. ICD 10° revisione*. Roma: Istituto Poligrafico dello Stato.

World Health Organization, (2001). World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II). Disponibile in: <http://www.who.int/icidh/whodas/index.html>.

Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2009). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.

**Federico Russo:** Psichiatra, psicoterapeuta psicomodinamico, responsabile del Centro di Salute Mentale e del Centro Diurno di via Palestro, ASL Roma1. Esperto di gruppi ha lavorato su patologie gravi (disabilità mentale e fisica, dipendenze, psicosi, gravi disturbi di personalità, disturbi spettro ossessivo) e su contesti terapeutici, riabilitativi, di prevenzione, di comunicazione, producendo su questi ambiti lavori scientifici e attività congressuali. Ha iniziato l'esperienza nella psicoanalisi multifamiliare di JGBadaracco nel 2005, prima nella CT Tarsia con Andrea Narracci (nel primo gruppo italiano) e poi a via Palestro. Ha partecipato alle attività internazionali presentando lavori a Buenos Aires, Montevideo, Bilbao, Madrid. Ha svolto attività come formatore e supervisore in ambito nazionale. Fondatore del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare, svolge attualmente funzioni di coordinatore scientifico.

Email: [souleias@gmail.com](mailto:souleias@gmail.com)

**Andrea Narracci:** Medico, psichiatra, membro ordinario della SPI, già' didatta del Centro Studi di Terapia Familiare, socio fondatore del Lipsim, dir. UOC 3 Distretto, dir. DSM ASL ex A, ora Roma 1.

Coautore di due libri: "La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia"; " Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto", il primo scritto in collaborazione con Jorge Garcia Badaracco, il secondo con Federico Russo, Alessandro Antonucci e Antonio Maone.

Email: [andrea\\_narracci@hotmail.com](mailto:andrea_narracci@hotmail.com)

**Grazia Serantoni:** Psicologa, psicoterapeuta gruppoanalista, Ph.D. candidate in «Psicologia e Neuroscienze Sociali», Dipartimento di Psicologia - Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. Aree principali di ricerca: Indice di Stress Genitoriale; progettazione e valutazione dell'efficacia degli interventi clinici e di prevenzione in ambito sanitario e comunitario; programmi di inclusione sociale e lavorativa per adolescenti e giovani adulti con disagio mentale e fisico."

Email: [grazia.serantoni@gmail.com](mailto:grazia.serantoni@gmail.com)

**Maria Teresa Gargano:** Psicoterapeuta, gruppoanalista. Socio del Laboratorio di Gruppoanalisi e membro dello staff clinico di Progetto Plexus. Dottore di ricerca in psicologia. Membro del Consiglio Direttivo di Sede della Scuola di specializzazione in Psicoterapia C.O.I.R.A.G. (sede di Roma) e docente della materia "Processo Diagnostico e Costruzione Progetto Terapeutico" nella stessa sede. Ha condotto e conduce gruppi "psicomodinamici" in ambito formativo e clinico. Autrice di contributi

scientifici clinici nel campo della psicoterapia di gruppo e dell'articolazione dei "setting" in terapie multipersonali.

Email: [mariateresa.gargano@tin.it](mailto:mariateresa.gargano@tin.it)