

Enrico Visani, Santo di Nuovo, Camillo Lorioed, *Il Faces IV. Il modello circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca.* Franco Angeli, Milano 2014.

Questo preziosissimo libro, che recensisco con molto piacere, è da considerarsi il resoconto del gran lavoro, sia di approfondimento teorico che di ricerca, degli Autori tutti. Vengono sviluppati, nel libro, più livelli di descrizione e di approfondimento, che cercherò di sintetizzare in quattro punti.

1) *La presentazione della versione italiana del Faces IV*: come sottolinea lo stesso David Olson, autore della prefazione e “padre fondatore” del Faces, è stato compiuto un notevole lavoro per la traduzione, nel rispetto degli standard previsti, e per la validazione italiana dello strumento. In appendice vengono perciò presentati i risultati principali dello studio di validazione e di standardizzazione del Faces IV, realizzato presso le Sedi dell’Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale, in collaborazione con la Cattedra di Psicologia dell’Università di Catania. E così il pregio più tangibile del libro è quello di mettere a disposizione, sia dei ricercatori che dei clinici, uno strumento immediatamente utilizzabile, e che è da considerare il più longevo ed il più conosciuto, almeno nella sua versione precedente, nell’ambito della terapia familiare. (Il primo articolo sul “Modello Circonflesso” è stato pubblicato su *Family Process* nel 1979). Alla fine del libro, perciò, troviamo le istruzioni per ottenere il test e il materiale necessario per la sua utilizzazione.

2) *Le caratteristiche della quarta edizione del Faces*: si trova con una certa frequenza il passaggio, nello stesso modello di ricerca, a edizioni di test sempre più semplificate, con un minor numero di item, nell’obiettivo di renderne più agevole la compilazione, e la successiva elaborazione dei dati. Questo è avvenuto anche nello svilup-

po del Faces III che, con le sue venti domande, era una versione molto ridotta rispetto alle edizioni precedenti (il Faces originale conteneva 111 item, diventati 30 nel Faces II). Da questo punto di vista, il Faces IV rappresenta una vistosa inversione di tendenza. Non solo per il numero di item, che diventano 62 e che danno luogo a otto scale di punteggio (sei per gli aspetti bilanciati e sbilanciati della coesione e della flessibilità, una per la comunicazione e una per la soddisfazione familiare), ma per la maggiore complessità dell'apparato degli strumenti, compresa anche la nuova Scala d'osservazione clinica. A sua volta, il cambiamento del questionario è testimoniato anche dal diverso significato che viene attribuito all'acronimo FACES: da "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales" a "Flexibility And Cohesion Evaluation Scales". Parallelamente, si assiste ad un rilevante cambiamento del modello di riferimento, e cioè del modello circonflesso che, nelle parole degli Autori, "è diventato adulto", per trovare soluzioni alle problematiche emerse nel corso degli anni. Tra queste soprattutto le differenze fra i risultati ottenuti mediante il questionario e quelli della scala d'osservazione, in particolare per quanto concerne proprio un aspetto fondamentale del modello, la "curvilinearità" e cioè, in sintesi, la collocazione del cattivo funzionamento familiare nelle aree di punteggio estreme e non solo in quelle dove i punteggi sono troppo bassi. In un articolo del 2004, Olson ipotizzava che la relazione curvilineare della coesione e della flessibilità non venisse adeguatamente misurata dal questionario, a differenza che dalle scale di osservazione. Per ovviare a questo, una nuova formulazione in cui il cambiamento più rilevante è rappresentato dal passaggio dal concetto di adattabilità a quello di flessibilità. Mentre l'adattabilità era la "capacità di un sistema di cambiare la propria struttura in risposta agli stress ambientali o evolutivi", la flessibilità viene intesa come "la qualità e l'espressione di leadership e di organizzazione, delle relazioni di ruolo e di regole e della capacità di negoziazione" presenti nella famiglia, senza fare riferimento direttamente a meta-concetti come il cambiamento. Oltre a questo, come già accennato, il cambiamento del questionario e della Scala di valutazione clinica, e l'individuazione di nuovi indicatori, da cui consegue una nuova tipologia familiare. Come spiegano bene gli Autori, il maggiore impegno che viene richiesto nella compilazione del questionario, e nell'interpretazione dei risultati, si associa ad una mag-

giore attendibilità dello stesso e ad una migliore corrispondenza con le caratteristiche familiari descritte.

3) *L'utilizzazione clinica del modello circonflesso*: il capitolo forse più inaspettato del libro propone l'utilizzazione sia del modello circonflesso che del Faces nella pratica clinica, "a prescindere" dal contesto di ricerca in cui il modello poteva sembrare dover rimanere confinato. Le domande del questionario, come le definizioni riportate nella scala d'osservazione, diventano allora parte integrante del dialogo tra terapeuta e membri della famiglia, all'interno del quale acquisiscono un significato, e le risposte non sono più solo una modalità per assegnare un punteggio alla famiglia. L'attenzione del terapeuta al modello circonflesso, ed eventualmente la somministrazione dello stesso Faces, nelle parole degli Autori, «...libera da una valutazione della famiglia orientata sul sintomo, aiuta ad avvicinarsi al familiare senza essere catturati dal problema presentato, permette di elaborare la richiesta d'aiuto e di ipotizzare delle linee di trattamento avendo in mente il familiare» (p. 64).

4) *L'utilizzazione del Faces IV in ricerche sulle diverse popolazioni cliniche*: la parte centrale del libro è dedicata all'esposizione dei risultati delle ricerche condotte per «...valutare l'ipotesi di una presenza prevalente di stili familiari problematici in famiglie con persone con disturbi clinici definiti» (p. 86). Sono stati scelti, a questo proposito, cinque gruppi di famiglie, in cui erano presenti persone con disturbo da uso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, disturbo dell'umore, a rischio di psicosi e con disturbo dello spettro autistico. Rimandiamo ai singoli capitoli per un'analisi puntuale dei risultati di ogni gruppo diagnostico, e del diverso grado di rappresentatività dimostrato dai diversi campioni (che a volte sembra connesso non casualmente alle caratteristiche riportate per le famiglie stesse: mi piace ad esempio interpretare in questo modo l'altissimo grado di partecipazione dei genitori dei bambini "autistici" – 62 genitori per 31 pazienti – e gli elevati valori nelle scale della coesione familiare riscontrati in queste famiglie). Osservando complessivamente i cinque gruppi clinici, anche nel confronto con famiglie non cliniche, emergono tre dati di grandissimo interesse: ad ogni quadro clinico corrisponde un profilo diverso, un diverso stile familiare, con

differenze statisticamente significative (p. 001) in tutte le scale e per tutti i gruppi considerati; le famiglie non cliniche presentano un funzionamento familiare migliore di quelle cliniche, ma, nonostante questo, «...non in tutti i gruppi clinici abbiamo una prevalenza di funzionamenti problematici» (p. 148). Questo risultato complessivo, e cioè della specificità per ogni gruppo ma della non completa corrispondenza tra modalità di funzionamento familiare e diagnosi individuale, si ripete regolarmente in diversi studi di “tipologia familiare”, ed è probabilmente da mettere in relazione, come si afferma anche nel libro, proprio con la variabilità e la circolarità dei modelli di relazione tra i membri della famiglia.

Il libro si conclude con un capitolo in cui il modello circonflesso viene messo a confronto con alcuni dei più conosciuti modelli clinici sistemico-relazionali. L’operazione che viene proposta è quella di valutare le caratteristiche di fondo dei vari modelli e la loro coerenza rispetto al paradigma sistemico-relazionale, quali ad esempio le capacità del modello di descrivere sia l’individuo che il sistema, o la presenza di variabili che prevedano anche la descrizione di un sistema ben funzionante. Vengono descritti brevemente, a questo scopo, il modello psicodinamico di Ackerman, i modelli di ricerca di Lidz e di Wynne per la schizofrenia, il modello dei sistemi emotivi familiari di Bowen, il modello strategico e il modello strutturale. Vengono infine richiamate le caratteristiche principali del modello circonflesso, e la conclusione, che riassume efficacemente tutti i temi trattati, è che «...il modello circonflesso e lo stesso Faces hanno dimostrato di potersi adattare sia a contesti di ricerca che terapeutici e possono quindi essere utilizzati non solo per valutazioni diagnostiche ma anche come utile sussidio all’intervento terapeutico, offrendo non solo una buona verifica dell’efficacia della terapia, ma anche suggerimenti e indicazioni al terapeuta sulla migliore strada da percorrere per raggiungere gli obiettivi previsti» (p. 173).

Luigi Schepisi