

## **LA TERAPIA FAMILIARE BASATA SULLA TEORIA DELL'ATTACCOMENTO NELLA DEPRESSIONE DELL'ADOLESCENTE: LO SVILUPPO DI UN TRATTAMENTO PROGRAMMATO.**

**Guy Diamond, Lynne Siqueland and Gary M. Diamond**  
**Clinical Child and Family Review, vol. 6, No. 2, June 2003**

### **RIASSUNTO**

Fino ad oggi pochi modelli efficaci di intervento psicosociale, per il trattamento della depressione adolescenziale sono stati studiati e sviluppati, a parte uno, che utilizza come focus d'intervento, l'importante contesto di sviluppo della famiglia. La terapia familiare basata sulla teoria dell'attaccamento (ABFT) è un trattamento breve e standardizzato, ideato per i bisogni specifici degli adolescenti depressi e delle loro famiglie. La teoria dell'attaccamento costituisce l'impianto teorico principale che guida il processo di ricostruzione della relazione e della fiducia relazionale.

Il primo problema empirico che i terapeuti cercano di affrontare con specifiche strategie è quello di individuare i fattori di rischio della depressione.

I problemi più frequenti dei genitori sono: criticismo e ostilità, stress individuale, abilità genitoriali e disimpegno. I problemi che, invece, riguardano gli adolescenti sono: la mancanza di motivazione, il concetto di sé negativo, le difficoltà di regolazione degli affetti (povertà affettiva) e il disinteresse. I compiti dell'intervento sono: lavorare sulle relazioni, costruire l'alleanza con l'adolescente e con i suoi genitori, intervenire laddove il processo di attaccamento ha fallito e costruire competenze.

### **INTRODUZIONE**

Recenti studi epidemiologici mostrano che l'incidenza del disturbo depressivo tra gli adolescenti è tra il 4 -8% della popolazione, nel 20% dei casi la diagnosi di depressione viene fatta entro i 18 anni.

Queste stime sono anche più alte nella popolazione psichiatrica (61%), dove la percentuale di soggetti che soffrono di depressione e disturbi affettivi raggiunge circa il 33% dei pazienti ricoverati in ospedali psichiatrici, con un'età compresa tra i 10 e i 17 anni.

Le conseguenze della depressione giovanile possono essere devastanti. Tra queste ricordiamo:

- un peggioramento delle performance scolastiche;
- il ritiro dai rapporti sociali,
- un aumento dei conflitti familiari;
- un aumento del rischio di suicidio;

Inoltre, la depressione spesso si associa ad altri disturbi psichiatrici, disturbi della condotta e disturbi d'ansia, e comporta un elevato rischio di ricadute.

Purtroppo esistono pochi studi sperimentali in grado di stabilire l'efficacia e la sicurezza delle cure del disturbo depressivo in età adolescenziale. L'Accademia Americana di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza raccomanda di intraprendere un percorso psicoterapeutico, come prima linea di intervento.

Le ricerche condotte fino ad oggi dimostrano che le psicoterapie che producono risultati migliori per la cura del disturbo depressivo in età adolescenziale sono la Terapia Comportamentale e la Terapia Familiare.

Sulla base dell'evidenza che i conflitti familiari giocano un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dei sintomi depressivi negli adolescenti, negli ultimi anni sono stati incoraggiati lo studio e la sperimentazione di trattamenti familiari per queste popolazioni di pazienti. Con questo obiettivo nasce la Attachment-Based Family Therapy (ABFT). Inoltre, molte evidenze suggeriscono che i conflitti familiari giocano un ruolo critico nello sviluppo, nel mantenimento e nelle ricadute depressive di giovani ed adolescenti.

La ABFT è un trattamento breve, semistrutturato e con un focus interpersonale, studiato appositamente sulla base dei bisogni e delle caratteristiche degli adolescenti che soffrono di depressione. I suoi fondamenti teorici sono i seguenti: i modelli interpersonali della depressione (Joiner & Coyne, 1999); la Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969); la Terapia Familiare Contestuale (Boszormenyi-Nagy & Sparks, 1984).

Le procedure cliniche prendono spunto dalla Terapia Familiare strutturale (Minuchin, 1974) e multidimensionale (Liddle, 1999), come pure dalla Terapia basata sulle emozioni (Greenberg & Johnson, 1988).

## **Fondamenti teorici della ABFT**

### *Il Contesto Interpersonale della Depressione*

La **ABFT**, pur tenendo in considerazione la complessità dei fattori e dei processi che si intrecciano nel disturbo depressivo (fattori biologici, cognitivi, capacità/abilità sociali, predisposizioni familiari, e fattori di stress ambientale) focalizza la sua attenzione sul fatto che la depressione adolescenziale può essere correlata ad una *incapacità dell'adolescente di negoziare la propria autonomia dai genitori*, mentre mantiene una certa vicinanza e intimità con loro.

Questa ipotesi prende spunto da quegli studi che dimostrerebbero che un sano processo di separazione/individuazione dipende dalla continuità relazionale nella relazione tra genitore e figlio (Grotovant & Cooper, 1993; Steinberg, 1990).

Tale processo evolutivo è facilitato nelle famiglie dove il conflitto viene espresso liberamente e può essere negoziato. Né i conflitti estremi, né la mancanza di conflitto familiare permettono un buon processo di separazione. Gli adolescenti depressi, e le ragazze in particolare, tendono ad essere irritabili ed estremamente dipendenti.

*Questi ragazzi (irritabili e dipendenti), che vivono in famiglie con una bassa tolleranza del conflitto (e che per es. evitano la negoziazione delle differenze) corrono un alto rischio di sviluppare e mantenere un disturbo depressivo (Allen & Land, 1999).*

### **Teoria dell'attaccamento:**

Attaccamento sicuro: sviluppo sano

Attaccamento insicuro (non meglio specificato): depressione adolescenziale

Avere un attaccamento sicuro durante l'adolescenza dipende da tre fattori:

1. Uno stile di comunicazione aperto con i propri genitori (o figure di attaccamento),
2. Il fatto che i genitori possano essere accessibili e disponibili;
3. il fatto che i genitori possano fornire protezione e aiuto, se necessario.

In un contesto sicuro gli adolescenti possono esprimere liberamente le emozioni negative con l'aspettativa di essere accettati e confortati. Un attaccamento sicuro favorisce una comunicazione diretta che fornisce le abilità di problem-solving necessarie per negoziare la propria autonomia.

Gli adolescenti con attaccamento insicuro, al contrario, percepiscono l'espressione dei sentimenti negativi come inaccettabile, il che rinforza l'immagine negativa di sé stessi e degli altri e così li rende vulnerabili alla depressione.

Gli adolescenti depressi, inoltre, evitano di affermare la propria autonomia per paura di ritorsioni. Nelle loro famiglie, mentre l'autonomia comportamentale può essere permessa (es.: stare fuori la sera fino a tardi), l'autonomia psicologica è negata e repressa. In una popolazione dove la perdita, la trascuratezza e l'abuso rappresentano esperienze comuni, agli adolescenti mancano le capacità e un contesto sicuro, che consenta loro di fare richieste di riparazione delle ingiustizie interpersonali subite.

Di conseguenza questi ragazzi interiorizzano un modello di sé come non degno di amore e degli altri come inaffidabili. Perciò, piuttosto che cercare un modo appropriato per rimediare alle ingiustizie subite, essi agiscono in modo distruttivo verso sé stessi e verso gli altri. L'esperienza clinica insegna che essi cercano di proteggere i loro genitori dall'angoscia e dai sentimenti di tristezza, preoccupandosi che tali sentimenti provochino ulteriori rifiuti. Da ciò consegue che gli adolescenti depressi esprimono la rabbia per il fallimento del processo di attaccamento e restringono indirettamente l'autonomia psicologica attraverso l'irritabilità, il conflitto e quotidiani comportamenti problematici.

### **Ricostruire l'attaccamento:**

Molti studi hanno esaminato come gli eventi negativi della vita portino ad una discontinuità dell'attaccamento sicuro (divorzi, lutti ecc.). Malgrado ciò, molti esperti hanno osservato un miglioramento del sentimento di sicurezza e della percezione di sé all'interno di un contesto di relazioni positive non primarie, come un ri-avvicinamento alla famiglia/amici, una relazione d'amore o una psicoterapia.

Sulla base di queste osservazioni, nella ABFT l'obiettivo primario è quello di ricostruire la fiducia e le relazioni positive tra i membri della famiglia.

Per raggiungere tale obiettivo i genitori dei ragazzi vengono coinvolti direttamente nel percorso terapeutico del figlio/a.

La ABFT utilizza la conversazione diretta sui fallimenti relazionali come meccanismo chiave per ricostruire il sentimento di sicurezza. Queste conversazioni aiutano i genitori a distinguere tra l'irritabilità tipica dell'adolescente e le proteste legittime per le ingiustizie subite.

Nella ABFT, come nella Terapia Contestuale, ricostruire la fiducia e ristabilire la lealtà tra i membri della famiglia è uno degli obiettivi terapeutici primari. Ma nella terapia familiare gli adolescenti affrontano e risolvono i problemi interpersonali direttamente con i loro genitori, piuttosto che indirettamente, attraverso la relazione con il terapeuta. Benché i genitori non possano fornire risposte terapeutiche con la stessa precisione di un terapeuta, una conoscenza o un riconoscimento parziale delle ingiustizie subite da parte di un genitore può avere un impatto esistenziale più profondo, rispetto a quello che si può ottenere attraverso l'empatia e il supporto di un terapeuta. Se crediamo che gli i modelli relazionali interiorizzati rappresentino le interazioni primarie tra il genitore e il bambino centrate sugli obiettivi dell'attaccamento, come la protezione e la ricerca di cure, allora è possibile che una profonda esperienza correttiva dell'attaccamento con un genitore (o altra figura di attaccamento), possa avere il potere di modificare i modelli interpersonali interiorizzati circa sé stessi e gli altri.

### ***Trauma:***

Il processo di cura proposto dalla ABFT presenta delle somiglianze con il modello per il superamento del trauma proposto da Herman (Herman, 1992).

Molti degli adolescenti depressi che hanno preso parte alle ricerche per la sperimentazione della ABFT hanno subito abusi fisici o sessuali, hanno assistito a scene di violenza o riportano abusi psicologici. Essi spesso attribuiscono la loro depressione a queste esperienze.

Il modello di Herman sul superamento/elaborazione del trauma delinea diverse fasi attraverso le quali lavorare su queste esperienze. Queste fasi possono essere così riassunte:

aiutare il paziente a

- Ristabilire un senso di controllo;
- Ristabilire un sentimento di sicurezza;
- Raccontare l'evento traumatico nei dettagli;
- Piangere la perdita;
- Ristabilire il contatto con sé stessi e con la comunità.

La ABFT invita i membri della famiglia a prendere parte a conversazioni che puntano ad obiettivi simili.

### ***Fattori di cambiamento:***

Il percorso terapeutico può essere suddiviso in due parti sulla base degli obiettivi che si intendono raggiungere.

1. la prima parte del trattamento si propone di aiutare gli adolescenti ad identificare e discutere i conflitti familiari passati e presenti, o eventi che hanno rotto il legame di attaccamento o danneggiato la fiducia tra i membri della famiglia. Il terapeuta aiuta i genitori a tollerare e prendere consapevolezza di questi avvenimenti e allo stesso tempo a riconoscere il proprio contributo/le proprie responsabilità. Il riconoscimento delle proprie responsabilità, la capacità di empatizzare con i figli e il chiedere scusa in genere, portano l'adolescente a divenire comprensivo con i genitori per i torti subiti e a rinnovare l'interesse reciproco nella ricostruzione della relazione. Questo processo di ri-attaccamento abbassa le tensioni familiari, ristabilisce la famiglia come base sicura, libera gli adolescenti dalle preoccupazioni relative ai conflitti familiari e li aiuta a focalizzare le loro risorse sul processo di acquisizione di autonomia.
2. La seconda parte del trattamento punta ad aiutare l'adolescente a riacquisire autonomia (es.. migliorare le prestazioni scolastiche, trovare un lavoro, incrementare le attività sociali). Avere successo in queste attività promuove un'immagine di sé migliore, riduce l'isolamento, e ristabilisce un normale processo di sviluppo. Inoltre queste attività possono aumentare il senso di competenza, che protegge dal rischio di ricadute depressive. Durante questa fase del trattamento i genitori forniscono nutrimento, supporto, incoraggiamenti e l'aspettativa che i loro figli possano ricostruire la propria vita.

**Obiettivi del trattamento e fattori di rischio:**

<i>Fattori di rischio</i>	<i>Obiettivi del trattamento</i>	<i>Cambiamenti auspicati</i>
1. Genitori critici	Ridefinizione relazionale	Riduzione degli atteggiamenti critici, suddivisione delle responsabilità.
2. Apatia dell'adolescente	Costruire l'alleanza	Costruzione di legami, definizione di obiettivi, incremento delle speranze e del coinvolgimento.
3. Stress dei genitori	Costruire l'alleanza	Incremento della fiducia e dei supporti sociali.
4. Mancanza di abilità genitoriali	Interventi educativi sui genitori	Incremento di autorevolezza genitoriale
5. Disinteresse e conflitti familiari	Ri-attaccamento	Fiducia, rispetto, affidabilità
6. Difficoltà di gestione delle emozioni		Regolazione delle emozioni
7. Concetto di sé negativo	Promuovere nuove competenze	Incremento dell'autonomia

1. **Atteggiamenti critici e ostilità:** livelli elevati di ostilità e atteggiamenti critici da parte dei genitori sono stati associati ad un atteggiamento auto-critico dei figli (Jaenicke et al.,1987) e più in generale a depressione (Fendrich, Warner, & Weissman, 1990; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997);
2. **Apatia dell'adolescente:** Gli adolescenti depressi mancano di motivazione ed ottimismo, e di conseguenza abbandonano quelle attività che una volta erano fonte di piacere (Feather, 1983). La mancanza di ottimismo, la passività e la bassa autostima rendono deboli questi ragazzi, frustrano i loro pari, i genitori e gli insegnanti, e conducono a fallimenti scolastici, isolamento sociale e anche al suicidio. Il solo compito di costruire l'alleanza rappresenta di per sé un modo per bloccare questo processo deleterio.
3. **Stress dei genitori:** le ricerche hanno evidenziato un incremento di comportamenti psicopatologici, e un incremento di casi di depressione maggiore nei figli di genitori depressi, rispetto ad un campione di controllo asintomatico (Goodman & Gotlib, 2002).
4. **Mancanza di abilità genitoriali:** anche in assenza di specifiche psicopatologie dei genitori, l'iper-controllo e la direttività si associano a disturbi psichici nei bambini (Hetherington & Martin, 1986; Rubin & Mills, 1991; Parker, 1983) e a sintomi depressivi negli adolescenti (Gallimore & Kurdek, 1992; Radziszewska, Richardson, Dent & Flay, 1996). Inoltre, le liti genitoriali che coinvolgono il figli nel conflitto, sono anch'esse associate alla depressione infantile (Cummings & Davies, 1994; Puig-Antich et al., 1985). Aiutare a ricostruire le abilità genitoriali costituisce, quindi, un obiettivo primario nel compito di costruzione dell'alleanza con i genitori.
5. **Disinteresse e conflitti familiari:** gli adolescenti depressi spesso si sentono isolati e lontani dai loro genitori, perciò ricostruire dei legami familiari costituisce un obiettivo fondamentale nella prima parte del trattamento, specialmente per garantire un buon ri-attaccamento.
6. **Difficoltà di gestione delle emozioni:** le ricerche hanno evidenziato che le persone depresse fanno molta fatica a gestire le proprie emozioni e in particolare quelle negative. Migliorare la capacità di gestione delle emozioni costituisce un obiettivo primario della ABFT, che si realizza in particolare durante il processo di ri-attaccamento.
7. **Concetto di sé negativo:** l'auto-svalutazione e il sentimento di disvalore fanno sentire gli adolescenti depressi non degni di amore, attenzioni e supporto. Il compito di promozione di nuove competenze aiuta la famiglia ad identificare e cambiare, in modo collaborativo, gli schemi negativi di sé e a promuovere nuove competenze e autostima.

## ***I cinque obiettivi del trattamento.***

### **1. Migliorare le relazioni familiari:**

- Il terapeuta aiuta l'adolescente a descrivere la sua depressione: in questo modo il terapeuta utilizza la gravità/serietà del disturbo come arma per motivare la famiglia a sperimentare comportamenti alternativi.
- Il terapeuta suscita nell'adolescente e nei suoi familiari sentimenti di rimorso/colpa per la distanza e i conflitti che si sono verificati nel nucleo familiare per via della depressione. Per fare questo chiede: *"Quando vostro/a figlio/a è stato/a così male, da desiderare di morire, come mai non è venuto/a da voi a chiedere aiuto?"*; *"In che modo, ora, potete diventare una risorsa per vostro/a figlio/a?"* Queste domande aiutano la famiglia a spostare l'attenzione dai sintomi ai processi/eventi che hanno contribuito a danneggiare il sentimento di fiducia reciproca e hanno compromesso la comunicazione.
- Questa fase si conclude suggerendo ai genitori che solo riducendo le distanze che si sono create tra loro e il proprio figlio le tensioni si ridurranno, la comunicazione migliorerà e l'adolescente potrà ritrovare un po' della sicurezza perduta.

### **2. Costruire l'alleanza con l'adolescente:**

- Questo colloquio si tiene alla sola presenza dell'adolescente (senza i genitori) e ha lo scopo di costruire un legame di alleanza/fiducia con il terapeuta. Il terapeuta deve, innanzitutto, mostrarsi interessato al contesto sociale dell'adolescente e al suo mondo (hobbies, interessi, amicizie ecc.).
- Successivamente il terapeuta deve fissare gli obiettivi che intende raggiungere attraverso il trattamento. Tali obiettivi devono essere significativi per l'adolescente e condivisi. Questa fase costituisce il primo passo verso l'obiettivo del ri-attaccamento. La conversazione continua cercando di identificare i problemi di vecchia data tra l'adolescente e i suoi genitori.
- Nella terza fase il terapeuta si deve assicurare che l'adolescente sia disposto a collaborare al compito del ri-attaccamento. In genere gli adolescenti che soffrono di depressione non hanno più speranze di poter ottenere dei cambiamenti nella FF.OO., oppure hanno una visione idealizzata dei loro genitori e non riescono a criticarli. Il compito del terapeuta, allora, è quello di modificare queste credenze e aiutarli a sviluppare nuove capacità cognitive ed affettive necessarie a rinegoziare la propria autostima. In pratica, il terapeuta deve insegnare all'adolescente a comunicare con più efficacia.

### **3. Costruire l'alleanza con i genitori - colloqui/o con i soli genitori.**

- Il terapeuta inizia ad esplorare aspetti della vita dei genitori, indipendenti dalle problematiche del figlio adolescente, come il lavoro, gli hobbies, le amicizie, eventuali disturbi psichiatrici, eventi stressanti e conflitti di coppia e indaga sulle tematiche intergenerazionali (raccolge informazioni sui rapporti tra loro e le rispettive famiglie di origine). L'obiettivo di questa indagine è quello di aumentare la motivazione a proteggere la nuova generazione (i propri figli) dalle ingiustizie/torti subiti e quindi cambiare il copione transgenerazionale. In secondo luogo, il terapeuta indaga sulle teorie dei genitori su come devono essere gestite le emozioni in famiglia. E per finire il terapeuta concentra l'attenzione sul ruolo genitoriale all'interno della famiglia. Questa prima fase culmina con l'esplorazione di quelle tematiche (es.: stress, storia familiare, conflitti genitoriali, meta-emozioni) che possono complicare il compito, di per sé già difficile, di essere genitori di un adolescente depresso.
- Il terapeuta introduce il tema del ri-attaccamento e invita i genitori a prepararsi a questa fase dicendo: *"OK, questo è ciò che voglio fare ora! Io penso che vostro/a figlio/a abbia dei pensieri in testa, che voi dovrete sapere. Ascoltarli potrebbe essere doloroso, ma finché non li ascolterete e non li capirete lui/lei non potrà fidarsi di voi! Volete ascoltare questi pensieri?"*. A questo punto i genitori potrebbero mostrare delle resistenze. Il terapeuta, allora, li rassicura sul fatto che il processo di ri-attaccamento non ha nulla a che vedere con le colpe, ma serve all'adolescente per sviluppare un sentimento di sicurezza e di giustizia e le capacità interpersonali per superare il senso di ingiustizia subita.
- Se i genitori accettano tale spiegazione e superano le loro resistenze, il terapeuta procede nel compito del ri-attaccamento che consiste nell'insegnare ai genitori una serie di capacità/abilità affettive: **a** - accettare le forti emozioni; **b** - ascoltare in modo empatico; **c** - validare e riconoscere i sentimenti. Queste abilità aiutano i genitori ad ascoltare i bisogni dei figli, fare loro domande, essere curiosi e a non mettersi sulle difensive con atteggiamenti troppo rigidi. Il successo del trattamento dipende dalla capacità di

comprensione dei genitori e dalla loro abilità di usare questi suggerimenti nella successiva seduta congiunta.

#### **4. Il Ri-attaccamento - sedute congiunte genitori e figli**

Se il terapeuta è stato in grado di creare una buona alleanza con i membri della famiglia, si inizia ad introdurre il tema delle *lacune relazionali*. Il terapeuta incoraggia l'adolescente ad esprimere il proprio punto di vista in merito alla relazione con i genitori e al tempo stesso sostiene i genitori affinché possano essere pazienti e ricettivi col figlio/a. I genitori possono raccontare la propria storia (parlare dell'uso di sostanze, storie di abusi subiti, o della loro stessa depressione). Questo momento crea un sentimento di profonda intimità, come se due persone adulte stessero condividendo le loro tragiche storie di vita. La soluzione dei conflitti non provoca automaticamente una riduzione dei sintomi depressivi, ma dissipa le tensioni e l'ostilità che inibiscono la fiducia e la comunicazione e fornisce alla famiglia un'esperienza positiva circa l'autonomia psicologica dell'adolescente.

#### **5. Promuovere le competenze (fase comportamentale) – sedute congiunte genitori e figli**

Obiettivi:

- Aumentare la quantità e la qualità delle competenze esperienziali dell'adolescente;
- Ridurre l'isolamento sociale;
- Fare in modo che i genitori divengano una risorsa effettiva per l'adolescente;

*Seduta centrata sul cambiamento del comportamento dentro e fuori casa.* Questi cambiamenti comportamentali sono sostenuti dalle abilità interpersonali sviluppate nella prima metà del trattamento. In particolare il terapeuta ora incoraggia i genitori a sostenere l'adolescente nel suo percorso di autonomizzazione. Allo stesso modo, il terapeuta incoraggia l'adolescente ad essere meno richiedente, prendere la propria vita più seriamente e ad accettare più responsabilità. In questa fase il terapeuta deve mantenere la propria attenzione focalizzata su due fronti: i processi interpersonali (come comunicano i membri della famiglia) e gli obiettivi comportamentali (es.: il reinserimento scolastico dell'adolescente).

Il terapeuta incoraggia la famiglia a discutere di ogni argomento. I genitori sono istruiti a sostenere l'adolescente nel suo processo di autonomizzazione e miglioramento delle proprie competenze. Il terapeuta, inoltre, invita i genitori a mostrarsi interessati alle attività svolte dal figlio/a, senza essere troppo coinvolti o controllanti, oltre che a farsi delle aspettative realistiche nei suoi confronti.

Per alcuni adolescenti prendere decisioni in merito alla scuola o al lavoro può essere un obiettivo importante. Idealmente, l'adolescente dovrebbe essere coinvolto nella negoziazione di queste decisioni.

Un importante passo nel processo di promozione delle competenze è quello di migliorare la rete sociale e le risorse esterne alla famiglia. Il terapeuta dovrebbe, sin da subito, prendere contatti con i membri della famiglia estesa, il personale scolastico e i servizi sociali. Questo sistema di supporto può fornire un contesto e aiutarci ad identificare importanti obiettivi terapeutici.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Allen, J. P., & Land, D.** (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp.319-335). New York: Guilford Press.
- Bowlby, J.** (1969) Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada's Mental Health Supplement*, 59, 12.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Sparks, G. M.** (1984) *Invisible loyalties*. New York: Brunner/Mazel.
- Cummings, E. M., & Davies, P.** (1994). *Children and marital conflict*. New York: Guilford Press.
- Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M. M.** (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26, 40-50.
- Feather, N. J.**, (1983). Casual attributions and beliefs about work and unemployment among adolescents in state and independent secondary schools. *Australian Journal of Psychology*, 35, 211-232.
- Gallimore, M., & Kurdek, L. A.** (1992). Parent depression and parent authoritative discipline as correlates of young adolescents' depression. *Journal of Early Adolescence*, 12 (2), 187-196.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H.** (Eds.). (2002). *Children of depressed parents*. Washington, DC: American Psychological Association
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M.**, (1988). *Emotional focused therapy of couples*. New York: Guilford press.
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R.** (Eds.). (1993). *Adolescent development in the family*. San Francisco:

Jossey-Bass.;

**Herman, J. L.** (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

**Hetherington, E. M. & Martin, B.** (1986). Family factors and psychopathology in children. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (3<sup>rd</sup> ed). New York: Wiley.

**Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, D., Gordon, D., Adrian, C., et al.** (1987). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15 (4), 145-155.

**Joiner, T., & Coyne, J. C.**, (1999). *The interactional nature of depression*. Washington DC: American Psychological Association.

**Liddle, H. A.** (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 28(4), 521-533.

**Minuchin, S.**, (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard Press.

**Parker, G.**, (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune & Stratton.

**Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrochio, J., & Todak, G.** (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective disorders. *Archives of general Psychiatry*, 42, 511-517

**Radziszewska, B., Richardson, J. L., Dent, C. W. & Flay, B. R.** (1996). Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking and academic achievement: ethnic, gender, end SES differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 289-305.

**Rubin, K. H., & Mills, R. S.**, (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23(3), 300-317.

**Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J.** (1997). Family Support and conflict: prospective relation to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333-344.

**Steinberg, L.** (1990). Autonomy, conflict and harmony in the family relationships. In S. S. Feldman and G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: in the developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.