

disciplina non sarebbe pensabile.

La concezione dell'evenire esistenziale melanconico come alterazioni del tempo vissuto - nella sua chiarezza veramente francese, da parte di questo francese di adozione - viene sintetizzato da Borgna in modo non solo chiaro, ma anche drammatico: avvenimenti collegati l'uno all'altro, come atti del dramma appunto, una fatalistica progressione, inesorabile nella sua comprensibilità, come una logica d'un sapiente carnefice, fino allo stupore melanconico.

Nella chiusa di questo capitolo giustamente si richiama come, sia la fenomenologia antropo-analitica che quella culturale, diano un senso unitario alle sindromi che la psicopatologia descrittiva vede come un insieme disarticolato di sintomi.

Anche il III e ultimo capitoletto, e forse più degli altri, è ricco di messaggi suggestivamente allusivi, con quella modestia e quella gentile cortesia che sono tra le caratteristiche dell'uomo Borgna.

Cosa abbia costituito e costituisca la fenomenologia psichiatrica e le concezioni sulla "malattia mentale" nella storia generale della psichiatria come ricerca e come trattamento.

È proprio perché dette con "umanità" hanno enorme valore certe affermazioni che Borgna fa qui, che sono perentorie intrinsecamente: l'atteggiamento fenomenologicamente ispirato è il nemico di quel pietismo che inquinava l'assistenza psichiatrica (anche se rappresentava una fase positiva rispetto agli istituti lager) e che del resto ha sempre trovato eccezioni personali; ma è anche nemico l'atteggiamento fenomenologico della fredda neutralità e dello scetticismo terapeutico e psicoterapeutico. È importante che in questa sede Borgna lo proclami recisamente: ci sono psichiatri fenomenologi gelidi in generale e scettici sulle applicazioni fenomenologicamente ispirate. E da ciò la evoluzione della psichiatria fenomenologica in Italia non è stata favorita.

E plaudo, per finire, all'enunciazione recisa del fatto che è proprio la psicoterapia il luogo emblematico di convergenza psicoanalitica e fenomenologica.

È sperabile che queste verità dette da Borgna e da un grande Trattato di Psichiatria possano diventare più popolari di quanto non lo siano attualmente tra gli psichiatri italiani.

## La "diagnosi" familiare nella schizofrenia

Ricerche di valutazione a confronto

di Anna Felcher, Massimo Clerici

(1ª parte)

Oltre cinquanta anni fa iniziavano, con Kasanin, Knight e Sage (1934), gli studi familiari sul determinismo della schizofrenia e venivano descritti criteri importanti che si sarebbero consolidati nel tempo: tra questi, ad esempio, quello di "iperprotezione" che indagava le consequen-

ze che tale atteggiamento poteva avere per il bambino in età evolutiva. Ne derivavano indicazioni tali da confermare l'esistenza della variabile "iperprotezione materna" soprattutto come conseguenza del riscontro di malattie, anomalie o sviluppo insoddisfacente del bambino. Nel clima post-bellico, le teorie sulla possibilità che la schizofrenia potesse essere ricondotta a "difficili" esperienze precoci suscitavano interesse crescente fino a sostenere, all'inizio degli anni cinquanta, la nascita del concetto di "madre schizofrenogenica" e, più ampiamente, una particolare attenzione all'influenza del ruolo genitoriale, dell'ambiente familiare e della comunicazione. Mettendo l'accento sulle interazioni e sui conflitti che si sviluppano fra individui che formano la rete familiare ne conseguiva una ridefinizione del disturbo schizofrenico, centrale per l'indagine sull'eziologia della malattia, che collocava l'attenzione primariamente alle modalità di comunicazione piuttosto che ad altre alterazioni psicopatologiche. L'influenza della scuola di Yale (Lidz, Cornelison, Fleck, Terry ed altri) si qualificava come altrettanto importante perché giungeva a conclusioni omogenee, sempre nel campo dell'eziologia della schizofrenia, cercando però d'interpretare, questa volta, la ragione per la quale il paziente - e non uno degli altri membri della famiglia - sviluppasse la malattia. Veniva ipotizzato che il paziente "designato" veniva a giocare un ruolo cardine in alcuni conflitti familiari e che la natura specifica della costellazione familiare potesse rivelarsi significativa per l'instaurarsi della patologia schizofrenica.

Negli anni successivi tali indirizzi si sono, progressivamente, modificati, arrivando a testare sperimentalmente - dalla fine degli anni sessanta e soprattutto con il contributo della scuola inglese - la rilevanza dei fattori di rischio correlati all'evoluzione ed alla prognosi, piuttosto che all'insorgenza, del disturbo schizofrenico. Attualmente nuove ricerche si orientano sempre di più verso indagini atte ad affrontare - e possibilmente a cercare di risolvere - i problemi di ordine "pratico" presenti in ambito familiare per la complessa gestione della malattia ed a ridurre al minimo la possibilità che la sintomatologia schizofrenica possa subire recrudescenze dopo la fase di remissione.

Lo studio delle dinamiche familiari riveste oggi la massima importanza nell'indagine psicosociale sui pazienti schizofrenici, così come, peraltro, viene sempre maggiormente valorizzato nella più ampia area terapeutica del disagio psichico. La ricerca clinica si è posta infatti, in anni recenti, l'obiettivo d'integrare informazioni e dati provenienti da modelli disciplinari diversi, ma complementari, con la finalità di disporre di metodologie e di criteri standardizzabili che permettano una misurazione, soprattutto quantitativa, dei fattori legati all'esordio e al decorso delle patologie psichiatriche.

Gli approfondimenti condotti rivelano, almeno ad una prima sommaria analisi della letteratura, una netta prevalenza delle ricerche di stampo biologico rispetto a quelle di indirizzo psicosociale con un rapporto numerico, in termini di frequenza di riferimento nella letteratura specialistica, di almeno due a uno. All'interno dei disturbi mentali l'oggetto preferenziale degli studi rima-

ne la schizofrenia, con una percentuale di lavori pubblicati di circa il 55% rispetto ai disturbi affettivi (26-30% circa) o a quelli di origine esclusivamente organica (intorno al 20% circa).

Nella presente revisione dei lavori, che esprime un tentativo preliminare di offrire un panorama delle linee prevalenti in questo settore, sono state considerate in dettaglio solamente le ricerche riferibili agli studi dell'ultimo decennio, più articolati ed estesi in relazione ai disturbi schizofrenici, di volta in volta diversificando le aree considerate in base alle metodologie ed agli strumenti d'indagine diagnostica utilizzati dagli autori. A questo proposito sono state privilegiate due importanti aree d'indagine - e un gruppo a latere maggiormente eterogeneo - differenziate sia da un punto di vista concettuale che della loro evoluzione storica.

La prima area di ricerche presa in considerazione si propone di rilevare le variabili psicopatologiche presenti nei familiari dei pazienti dello "spettro" schizofrenico, attraverso l'utilizzo di questionari rigidamente strutturati e standardizzati atti a facilitare la rilevazione di eventuali patologie mediante i modelli diagnostici del DSM III e DSM III-R.

La seconda area si riferisce invece a ricerche che utilizzano modelli d'indagine centrati su tecniche d'osservazione - sia diretta (colloquio) che indiretta (valutazione attraverso audiovideoregistrazione di colloqui) - in cui possano essere delineati "profili" familiari caratteristici sia dal punto di vista emotivo che della comunicazione. Nell'ultima area, a latere, sono stati inseriti gli studi più eterogenei, dal punto di vista metodologico, che fossero comunque orientati all'indagine su caratteristiche specifiche dei familiari considerate come rilevanti per l'incremento delle conoscenze sulla genesi o sull'evoluzione della patologia schizofrenica.

Sono stati escluse invece dall'analisi le ricerche di orientamento biologico che valutano le differenze tra variabili di tipo genetico o che si occupano delle problematiche relative ai disturbi dello sviluppo (autismo, etc.).

## I. Le ricerche sul profilo psicopatologico

### • *Obiettivi e strumenti*

La prima area di ricerche considerata si propone di rilevare le variabili psicopatologiche e il rischio di morbilità nei familiari di pazienti schizofrenici, attraverso l'utilizzo di metodiche strutturate e standardizzate per la valutazione di eventuali disturbi dello spettro schizofrenico o della personalità secondo definiti criteri diagnostici, soprattutto il DSM III e la sua versione revisionata.

Sul piano metodologico ed operativo i primi studi che abbiamo considerato sono pubblicati dal gruppo di Kendler et al. (1985; 1986; 1987; 1988) che utilizzano il Questionario per l'indagine sui profili familiari IOWA Structured Psychiatric Interview. Queste ricerche, condotte con gruppi di controllo, analizzano dati provenienti sia dalla somministrazione diretta del questionario che dalla registrazione dei colloqui realizzati nelle strutture ospedaliere. In esse viene sottolineato il legame tra malattia e specifiche caratteristiche rilevabili nella famiglia d'origine. È la "vulnerabilità familiare" ad es-

sero associata positivamente all'insorgenza di patologie riferibili all'area dello spettro "schizofrenico" quali i disturbi schizofreniformi o i disturbi schizoaffectivi. Su un altro versante, vengono indagate le possibili correlazioni che legano, come fattore di rischio, le dinamiche familiari all'età d'esordio della patologia schizofrenica (Kendler et al. 1987). Nello studio del 1988 Kendler ha indagato poi sui possibili fattori di rischio presenti nella famiglia d'origine e causanti la patologia del congiunto, nel caso i pazienti presentassero un particolare sottotipo di schizofrenia.

Uno strumento utilizzato in altre ricerche è la Scheda d'intervista Diagnostica (DIS) impiegata - sia nello studio di Schultz et al. (1989) che in quello di Coryell et al. (1989) - in aggiunta alla Scheda per l'Intervista sul disturbo Borderline di personalità (SIB) (Schultz et al. 1989) e l'Intervista per i Disturbi di Personalità secondo il DSM III (Coryell et al. 1989). Nel primo studio citato Schultz et al. (1989) si sono posti l'obiettivo di valutare nei familiari la relazione tra depressione o schizofrenia e disturbo di personalità schizoide nelle forme pure o miste, indagando anche un possibile legame tra il disturbo di personalità borderline e un altro disturbo del carattere o di tipo antisociale. Nel secondo studio, condotto da Coryell e collaboratori (1989), sono stati invece indagati i disturbi di personalità presenti nei familiari di pazienti schizofrenici, depressi, senza depressione maggiore o senza storia di disturbi mentali secondo il DSM III, con l'obiettivo di rilevare l'eventuale legame esistente tra i disturbi da Asse I nei pazienti e quelli da Asse II nei loro familiari.

Anche l'obiettivo delle ricerche condotte da Onstad e collaboratori (1991) è stato quello di investigare il rischio di morbilità dei familiari di schizofrenici rispetto a quelli che presentavano un congiunto sofferente di disturbi dell'umore. Onstad utilizza l'Intervista Clinica Strutturata per i disturbi da Asse I e II del DSM III (sviluppata da Spitzer e Williams, versione 7/1/85) per entrambe le casistiche (pazienti e familiari) oggetto della ricerca.

### • *Risultati*

Dall'insieme dei dati rilevabili nei lavori citati derivano, nella maggior parte dei casi, risultati ancora discordanti in riferimento ai fattori di rischio ipotizzati per la patologia schizofrenica (Kendler et al. 1986, 1987, 1988; Schultz et al. 1986, Coryell et al. 1989): fanno eccezione, in termini di rilevanza statistica, solo lo studio di Onstad et al. (1991) e quello di Kendler e collaboratori realizzato nel 1985.

Nel primo (Onstad et al., 1991) i ricercatori si sono occupati di valutare i disturbi mentali presenti nei familiari di pazienti schizofrenici, con disturbi dell'umore e con psicosi non affettive. Il rischio di morbilità per la schizofrenia era risultato più alto nei familiari degli schizofrenici rispetto ai familiari dei pazienti con disturbi dell'umore. Parallelamente i disturbi dell'umore e d'ansia erano significativamente più frequenti nei familiari dei pazienti con disturbi dell'umore rispetto a quelli schizofrenici. I familiari degli schizofrenici, inoltre, presentavano un maggior numero di disturbi della persona-

lità di tipo schizotipico (10 %) rispetto ai familiari di pazienti con disturbi dell'umore (0%). I primi presentavano anche più frequentemente disturbi di personalità in generale rispetto ai secondi. Onstad et al. (1991) sottolineano tuttavia l'impossibilità di desumere, dalla loro ricerca, se la causa di tali caratteristiche debba addebitarsi a fattori genetici o ambientali.

I risultati dello studio di Kendler e collaboratori (1985) avvalorano l'ipotesi di una relazione tra la patologia schizofrenica - diagnosticata secondo i criteri del DSM III - e l'ambiente familiare nel quale il paziente ha vissuto. Infatti, il rischio di morbilità osservato nel campione era significativamente maggiore nei familiari dei pazienti schizofrenici (3.7%) piuttosto che nei familiari del gruppo di controllo (0.2 %). L'osservazione del nucleo familiare aveva mostrato la presenza di almeno un altro soggetto con disturbi di tipo schizofrenico nel 9.1%, in rapporto al solo 0.8 % del gruppo di controllo. Nello stesso studio altri risultati suggeriscono la presenza di un legame tra i diversi sottogruppi psicopatologici, quali quelli schizoaffettivi, paranoidei o delle psicosi atipiche. Anche in questo caso, nei familiari di soggetti schizofrenici, il rischio di morbilità per i disturbi schizoaffettivi (1.4%), i disturbi paranoidei (0.9%) e le psicosi atipiche (2.5%) era significativamente maggiore di quello riscontrato nei familiari del gruppo di controllo (0.1%, 0% e 0.3% rispettivamente). Osservando invece il rischio di morbilità per la patologia schizofrenica nei familiari dei pazienti con disturbi schizoaffettivi o psicoaffettivi, si è riscontrato come questo non sia rilevante dal punto di vista statistico (7.2%) rispetto a quanto rilevato nel gruppo di controllo (7.6%). Anche nel caso del disturbo unipolare e bipolare, i dati (rispettivamente 8.6% e 1.2%) non segnalano differenze statisticamente rilevanti comparando i familiari dei pazienti con quelli del gruppo di controllo (7.6% e 0.3%). Una discreta importanza è stata data infine alla variabile quantitativa dei dati presi in considerazione: infatti il rischio di morbilità nei familiari cresceva se venivano aggiunti, nella popolazione considerata, soggetti con la sola registrazione ospedaliera della malattia e diminuiva se si teneva conto dell'uscita di alcuni di loro secondaria a decesso, emigrazione, ecc.

Sul piano metodologico viene dunque segnalato che l'intervista strutturata presenta il limite di non riuscire a testare con sufficiente sensibilità (attraverso quesiti adeguati) la relazione tra i disturbi di personalità e la schizofrenia: essa tende solo ad acquisire, genericamente, "informazioni" sulle possibili influenze nei riguardi della patologia schizofrenica e delle maggiori sindromi psichiatriche esistenti in famiglia. Un altro limite sarebbe rappresentato dalla raccolta dati: il fatto di testare un possibile fattore di rischio per una qualsiasi forma di sindrome psichiatrica a partire da una popolazione di soggetti adulti potrebbe fornire risultati inferiori alle aspettative.

Altri studi compiuti sempre dallo stesso autore - che si proponevano di indagare l'esistenza di ipotetici legami tra i diversi sottotipi riferibili alla patologia schizofrenica (Kendler et al. 1986, 1988) e le due forme precoce e tardiva (Kendler et al. 1987) - hanno riportato, invece, risultati non statisticamente significativi. Il rischio di mor-

bilità per il disturbo affettivo, indagato da Kendler e collaboratori (1986) su familiari di pazienti con disturbo schizofreniforme (6.9%), non risulta distinguibile da quello dei familiari con pazienti schizofrenici (7.2 %). Nessuna rilevante differenza è stata trovata nel rischio di morbilità per la schizofrenia e il disturbo affettivo unipolare e bipolare tra i familiari dei pazienti con disturbi affettivi. Nello stesso studio è stata osservata inoltre una scarsa attendibilità dei risultati nel dimostrare una relazione tra la schizofrenia e i disturbi schizofreniformi, schizoaffettivi e affettivi e questo, probabilmente, a causa di un impiego metodologicamente poco corretto dei campioni indagati, il cui prerequisito era solamente una generica diagnosi di schizofrenia.

Ancora Kendler e collaboratori (1988) hanno indagato e valutato l'inconsistenza delle ipotesi che vedevano un maggior rischio tra i familiari dei soggetti schizofrenici in relazione allo sviluppo di patologie analoghe a quelle del congiunto, se i pazienti presentavano un particolare sottotipo di schizofrenia. I limiti presenti in quest'ultimo studio consistevano soprattutto nella discreta instabilità diagnostica dei diversi sottotipi di schizofrenia, caratteristica questa sia della malattia che dell'esigua quantità dei familiari esaminati.

Nello studio del 1987 Kendler e collaboratori osservarono come le forme schizofreniche, precoce e tardiva, non appaiano discriminabili e differenziabili dal punto di vista familiare: così come non sembra esistere una relazione tra l'età d'esordio della malattia del paziente e il rischio di sviluppo della stessa o di altri disturbi psichiatrici nei familiari.

Le stesse difficoltà nella raccolta dei dati per il rilievo di fattori di rischio, già citate, appaiono negli ultimi due studi considerati, in cui vengono messi a confronto campioni formati da gruppi di pazienti con patologie diverse. Nel lavoro di Schultz e collaboratori (1986) non si segnalano risultati statisticamente distinguibili tra eventuali disturbi affettivi nei familiari di soggetti schizofrenici e in quelli di soggetti depressi. I risultati indicano che il rischio di morbilità per i disturbi affettivi nei familiari di pazienti con disturbo misto (borderline e schizofreniforme) - o solamente schizofreniforme - era del 52%. Il dato subiva un incremento fino al 57.1% nel caso dei familiari di soggetti con disturbo puro, mentre scendeva al 50% se questa forma nei pazienti era mista. La percentuale dei casi riferiti al disturbo depressivo nei familiari di soggetti depressi era del 34.8% e cresceva fino al 68% utilizzando la correzione dei dati rispetto alla variabile "età". Un così alto valore delle manifestazioni depressive nei familiari dei soggetti con disturbi schizofreniformi poteva indicare che tale personalità era associata a disturbi affettivi in genere e non solamente alla schizofrenia. Tuttavia questo indice poteva essere maggiormente legato ai tratti di carattere depressivo nei familiari, piuttosto che al disturbo distimico in sé stesso. I familiari dei pazienti depressi, poi, mostravano con una frequenza del 13.6% un disturbo di personalità antisociale. Gli autori sottolineano poi anche i limiti relativi agli indici di depressione, che avrebbero potuto risultare diversi, ad esempio, se fosse stato utilizzato il metodo "a doppio cieco" o se il numero di soggetti osservati

non fosse stato tanto esiguo.

A sua volta il lavoro di Coryell e collaboratori (1989) dimostra solo una "modesta specificità" nel legame tra i disturbi da Asse I nei pazienti e quelli da Asse I o II nei loro familiari. Infatti, in tre gruppi di soggetti con disturbi ascrivibili all'area schizofrenica, dell'umore o ai controlli normali, è stato osservato che i disturbi di personalità del cluster 1 e quelli di tipo borderline non erano significativamente più diffusi tra i familiari dei pazienti depressi (2,1%) rispetto al campione di controllo (1,1%) o al gruppo di pazienti schizofrenici (0,8%). Nello stesso modo anche il disturbo di personalità schizotipico non era significativamente più comune nei familiari dei pazienti schizofrenici (2,3%) o di pazienti con altri disturbi psicotici (3,5%) rispetto al gruppo di controllo (2,2%). I risultati hanno dimostrato dunque che esiste un legame di tipo familiare tra i disturbi da Asse I e Asse II, ma di modesta specificità. Non ci sono chiare evidenze di un'associazione tra particolari disturbi di personalità e specifici disturbi da Asse I.

## II. Le ricerche sul profilo emotivo e sulla comunicazione

### • *Obiettivi e strumenti*

La seconda area di ricerche considerata si occupa di studi sul "clima" emotivo della famiglia utilizzando modelli d'indagine e di valutazione di eventuali "disturbi" del funzionamento familiare attraverso la registrazione del colloquio (o la sua videoregistrazione). Fino al 1978 circa, gli studi in questo specifico ambito familiare venivano condotti con il preciso obiettivo di valutare l'esistenza e la qualità delle variabili relazionali. Gli autori successivi hanno invece focalizzato maggiormente l'attenzione sulle teorie riguardanti le modalità della relazione familiare, ipotizzandone "tipologie" valutabili come possibili fattori di promozione o di mantenimento della psicopatologia.

L'obiettivo del primo gruppo di ricerche (vedi tra gli altri Jones 1977; Lidz et al. 1958; Singer e Wynne 1966) era soprattutto quello di studiare due aree specifiche delle relazioni familiari - la situazione "conflittuale" e quella di "dominanza" - attraverso l'analisi di precise forme di modalità comunicativa.

Partendo dai risultati degli studi "storici" sulla cosiddetta emotività espressa (EE), l'indagine si è rivolta successivamente, oltreché alla verifica dell'esistenza dei cinque ben noti fattori EE (critica, ipercoinvolgimento emotivo, ostilità, commenti positivi e "calore"), ad altre variabili collaterali più o meno complesse (Goldstein 1985; Strachan et al. 1986; Miklowitz et al. 1986; Halhweg et al. 1989). Anche se ormai ben noti, vale la pena di segnalare i caratteri distintivi del questionario utilizzato per indagare il clima familiare: la Camberwell Family Interview (CFI) misura la presenza e la consistenza dei cinque fattori emotivi sopra citati derivandoli dal grado e dal tipo di atteggiamento e/o di risposte riferite all'intervistatore dai familiari che convivono con un congiunto malato.

A sottolineare proprio l'interesse per l'analisi del clima familiare, è importante menzionare l'articolo di Doane del 1978, in cui si recuperano quei parametri d'inter-

azione, indicativi del funzionamento della famiglia, che apparivano dalle ricerche in corso come sufficientemente promettenti. Tra questi gli studi sulla "devianza nella comunicazione", condotti da Wynne et al. (1958) e da Singer e Wynne (1966), che non si prefiggevano di ridefinire i quadri di dominanza o di conflitto, ma si preoccupavano di osservare "lo stile" e il "modo" attraverso cui, nel nucleo familiare, si sviluppa la comunicazione. Nell'uso di questi test l'attenzione del ricercatore era rivolta appunto allo "stile" dell'espressione piuttosto che al "contenuto" del messaggio stesso (di grande importanza si rivelava anche la possibilità di valutare il livello di capacità del familiare nello stabilire o nel mantenere, durante il test, un livello d'attenzione partecipativo e coinvolgente con l'interlocutore). Singer e Wynne (1966) avevano osservato 41 tipi differenti di "alterazioni", poi raggruppati in 5 tipologie di problematiche: ruolo, attribuzione di ruolo, anomalie del linguaggio, contraddittorietà e successione arbitraria, rotture violente. Jones (1977) parlava invece di "linguaggio peculiare" e contorto, di dispercezioni, di "mutevolezze", di chiusura eccessivamente soggettiva ai problemi, di colpe iperintellettualizzate e di "fallimento nell'integrazione" con chiusura ai problemi.

La "Devianza nella Comunicazione" (Doane et al. 1982) è stata indagata utilizzando diversi tipi di test proiettivi quali le tavole Rorschach e la Tematic Apperception Test (TAT); le variazioni e l'evoluzione della malattia venivano valutate utilizzando come fattore predittivo la presenza di alti livelli di "devianza".

Da Rund (1986), in aggiunta al TAT, veniva somministrata la Communication Conflict Situation (CCS) che è un metodo diretto all'identificazione e descrizione di prerequisiti per una comunicazione "positiva". Nel suo lavoro sui "Disturbi del pensiero schizofrenico e la comunicazione familiare", questo autore presta particolare attenzione alla ricerca di un metodo più ampio per la valutazione della "devianza" nella comunicazione. Con l'utilizzo del CCS viene provocata una situazione in cui, attraverso l'uso di tavole adeguatamente manipolate per la sperimentazione, non si può mantenere una comunicazione "positiva". Le categorie valutate sono quantitative - si devono completare tavole in cui appaiono "situazioni semplici" o "complesse" e situazioni "conflittuali" - e qualitative come il linguaggio peculiare, l'atteggiamento distruttivo o irrilevante, la percezione o il pensiero instabile, l'egocentrismo, l'intersoggettivismo, le proposte di "patto", l'attribuzione di fallimenti nella comunicazione, la reazione dell'uno all'egocentrismo dell'altro.

In studi successivi l'interesse per le modalità di comunicazione intrafamiliare si orienta verso un altro aspetto: lo Stile Affettivo (A.S.). La valutazione dello "stile affettivo" viene realizzata tramite l'osservazione diretta delle interazioni familiari e dei possibili conflitti che si creano, in assenza di un mediatore, nella discussione di alcuni "delicati" problemi che riguardano direttamente la famiglia. Miklowitz et al. (1986) condussero a questo proposito uno studio sulla possibile relazione esistente tra due diverse modalità di valutazione dell'affettività familiare: l'Emotività Espressa e lo Stile Affettivo. Gli autori osservarono in primo luogo come l'attitudine emotiva

individuata nel familiare in corso di intervista fosse espressa anche nell'interazione diretta con il paziente. Rivolsero, inoltre, particolare attenzione alla differenza presente tra familiari a "bassa" e "alta" Emotività Espressa, considerando di questi ultimi il livello di coinvolgimento emotivo e di facilità alla critica. Secondo obiettivo era la comparazione degli studi condotti negli Stati Uniti con quelli in Gran Bretagna, prestando particolare attenzione alle variabili risultanti da un diverso modo di mostrare la propria affettività nelle relazioni intrafamiliari (dove la diversità fosse espressione diretta di norme sociali e culturali differenti).

Questo lavoro di confronto viaggiava in parallelo con le indagini sulle possibili correlazioni tra Emotività Espressa e Devianza nella Comunicazione (Strachan et al. 1986). Obiettivo della ricerca era la determinazione della variabile "alti" livelli d'Emotività Espressa in correlazione con possibili "alti" livelli di Devianza nella Comunicazione e come questa potesse essere associata a particolari tipi di Emotività Espressa.

Negli anni seguenti altri ricercatori si sono avvalsi dell'utilizzo combinato di strumenti diversi per la valutazione del "clima" familiare. Nello studio di Halhweg e collaboratori (1989) sono stati osservati i modelli d'interazione familiare nei genitori di giovani schizofrenici, anche con storia di recente esordio della malattia, attraverso tre diversi indici di valutazione: nella prima intervista veniva utilizzata la Camberwell Family Interview (C.F.I.) mentre nella seconda il Five Minutes Speech Sample (F.M.S.S.) che presenta gli stessi obiettivi della C.F.I., ma si caratterizza per il fatto di avere una durata molto limitata (cinque minuti appunto) nei quali s'indaga sul vissuto emotivo della relazione genitoriale del soggetto intervistato. È stata osservata un'ampia sovrapposizione dei risultati ottenibili con la F.M.S.S. a quelli ottenuti con la C.F.I. La terza metodica - lo Stile Affettivo - è stata utilizzata per realizzare interviste ai singoli familiari, nelle quali fosse focalizzata una possibile causa di conflitto intrafamiliare da riferire poi al diretto interessato (il paziente) durante un colloquio formalizzato e videoregistrato. Dopo la visione della videoregistrazione (per una decina di minuti), veniva richiesto alla famiglia di discutere della problematica conflittuale osservata esplicitando opinioni ed esprimendo i sentimenti provati durante la ricerca di una possibile risoluzione comune. Il tipo di atteggiamento mostrato da ogni singolo componente il nucleo familiare veniva codificato utilizzando una scala in grado di individuare dodici diverse categorie verbali usualmente utilizzate nella comunicazione "affettiva". Venivano osservate cinque possibili aree problematiche e venivano configurate cinque possibili tematiche da approfondire:

1. esiste qualche diversità nei familiari dei soggetti schizofrenici per quanto riguarda le modalità relazionali legate al diverso tipo di Emotività Espressa (E.E.)?
2. le modalità di relazione dei familiari ad "alta" E.E. si accordano al modello osservato nei precedenti studi e basato su criteri di ipercoinvolgimento e critica?
3. è vero che i familiari con "bassa" E.E. mostrano una minor quantità di atteggiamenti negativi, una maggior positività nella valutazione del malato, una tendenza ad

azioni di sostegno verso il congiunto disturbato rispetto ai familiari ad "alta" E.E. che si caratterizzano, invece, per un eccessivo coinvolgimento ed un atteggiamento altamente critico?

4. può il comportamento di relazione sviluppato dal paziente essere correlato con il livello di E.E. dei familiari?

5. può, in ultima analisi, uno studio dettagliato dell'interazione relazionale rilevare modelli di comportamento differenziati, ma specifici, tra pazienti e i loro genitori, nel caso di famiglie ad "alta" E.E. o a bassa E.E.?

La necessità di studi longitudinali sul tema emergeva in modo evidente da questi interrogativi e si segnalava come una delle carenze strutturali da superare nel prossimo futuro all'interno di quest'area di ricerche: solo Goldstein (1985), a questo livello, aveva già cominciato ad occuparsi dei fattori di rischio familiare legati ai livelli di Emotività Espressa e facilitanti le recidive nella patologia schizofrenica e nei disturbi ad essa collegati con uno studio longitudinale della durata di 15 anni.

#### • Risultati

I risultati ottenuti nel gruppo di lavori considerati sono decisamente più soddisfacenti, se confrontati con gli studi per la valutazione di altri parametri caratteristici dei familiari. Già nella revisione presentata da Doane nel 1978 venivano anticipate alcune conclusioni che suggerivano, implicitamente, gli interessanti sviluppi per i futuri studi in questo campo. Si osservava, infatti, che i genitori indagati mostravano una "debole" e "conflittuale" collaborazione nel gestire la relazione con il figlio malato e che, nel contempo, manifestavano un "ambiguo" rapporto affettivo interpersonale. Nelle famiglie del gruppo di controllo normale esisteva invece una maggiore flessibilità nell'interazione relazionale, un più alto livello d'armonia interpersonale e una minore chiusura alle problematiche individuali, disponendo costoro di una maggiore empatia e di una migliore possibilità di funzionamento in diversi ambiti. A questo proposito, maggiore attenzione avrebbe dovuto essere quindi posta all'impatto che la relazione di coppia ha sulla vita affettiva familiare. Gli studi sulla devianza nella comunicazione tendevano a mostrare, appunto, come questa influisse pesantemente nella produzione dei disturbi del pensiero nei pazienti (Doane 1978).

In molti dei lavori citati al paragrafo precedente le differenze di risultato appaiono statisticamente significative e questo sia in riferimento alla singola valutazione dell'Emotività Espressa o della Devianza nella Comunicazione, sia nella correlazione dei due diversi indici considerati.

Le famiglie osservate nello studio di Doane et al. (1982) presentavano la coppia genitoriale intatta, un familiare con precedente ma temporanea ospedalizzazione in clinica psichiatrica e figli d'età compresa tra i 7 e i 10 anni. I risultati ottenuti mostrarono come la devianza nella comunicazione potrebbe essere considerato un indice di predittività nei riguardi della buona efficienza e della successiva riuscita - ad esempio in campo scolastico o delle attività quotidiane - nei bambini "a rischio" per disturbi psichiatrici nell'età adulta. La devianza nella comunicazione non cambiava al variare del "setting" di

cismo nei confronti dei pazienti loro congiunti, se paragonati al gruppo di familiari con "bassa" E.E. Anche osservando le caratteristiche del colloquio si notava un'interessante diversità: i familiari ad "alta" E.E. mostravano un numero di parole significativamente più alto sia dei pazienti, sia dei familiari a "bassa" E.E. Le stesse diversità si riscontravano tra gruppi di pazienti quando venivano confrontati tra loro. Indagando tra i diversi sottogruppi di E.E., si è visto che l'atteggiamento "critico" era comunque un dato statisticamente più significativo, soprattutto tra i familiari ad "alto" ipercoinvolgimento emotivo ed "alta" E.E. rispetto a quelli con "bassa" E.E. Se l'osservazione comprende anche la variabile legata all'affermazione "intrusiva neutra", si nota che i familiari con ipercoinvolgimento emotivo tendevano ad essere più intrusivi (70%) e che la maggioranza dei familiari con attitudine critica tendevano ad essere più critici o critici ed intrusivi (45%). Per "atteggiamento intrusivo"

s'intende una sequenza di affermazioni neutre nel tono, che non implicano critica, ma che potrebbero essere vissute dal paziente come intrusive, logoranti e tali da generare insoddisfazione. Ciò suggerisce l'ipotesi che l'attitudine critica possa esprimersi sia direttamente durante il colloquio, sia indirettamente, appunto come atteggiamento intrusivo. A sua volta l'ipercoinvolgimento emotivo potrebbe esprimersi anche solamente come atteggiamento intrusivo.

Il campione osservato da Hahlweg (et al. 1989) era formato dai familiari di soggetti schizofrenici. Ogni familiare veniva intervistato tre volte con tre differenti batterie testali e da tre diversi intervistatori. I risultati ottenuti indicano che attraverso l'utilizzo del Five Minutes Speech Sample (F.M.S.S.) test - come variabile indipendente - e gli undici indici KPI (nove riferiti a messaggi verbali e due a messaggi non verbali) - come variabili dipendenti - si evidenziano risultati statisticamente significativi. I familiari con "alta" E.E. e atteggiamento critico nei confronti del paziente differiscono ancora una volta significativamente dagli altri due gruppi di familiari osservati, soprattutto per quelle variabili indicate come espressione di maggiore negativismo e insufficiente atteggiamento positivo nell'ambito familiare. I pazienti che provenivano da una famiglia a "bassa" E.E. o "alta" E.E., ma con eccessivo coinvolgimento, mostravano una percentuale minore di affermazioni contenenti gli indici "giustificazione" e "atteggiamento non verbale negativo" rispetto a quelli con familiari ad "alta" E.E. e critici. Si aveva comunanza di risultati per entrambi i familiari ad "alta" E.E. rispetto a quelli con "bassa" E.E., nel caso si valutasse l'alta frequenza dell'indice "disaccordo". I risultati riferiti alla metodica del KPI vanno comunque considerati ancora con cautela dal punto di vista metodologico.

A conclusione dell'analisi di questi lavori dovrebbe pertanto risultare chiaro il trend attivato, in sede di ricerca, dall'uso integrato di diversi strumenti: anche se ciò comporta notevoli difficoltà sul piano organizzativo, questa metodica d'indagine non può che rivelarsi, sul lungo periodo, una delle strategie vincenti per l'incremento delle conoscenze in quest'area.

(continua)

## La patologia psichiatrica negli immigrati extracomunitari: la sindrome da sradicamento

di Giuliana Torre, Anna Motta

(2ª parte)

### Emigrazione e identità

Eventi che implicano dei cambiamenti importanti nella vita di un individuo, come quello dell'emigrazione possono trasformarsi in fattori carichi di pericolo per il sentimento di identità. L'adulto, nella lotta per l'autoconservazione, deve costantemente ripetere l'esperienza di "trovare sé stesso" e di "sentirsi sé stesso". E l'immigrato, nella sua lotta per l'autoconservazione, ha bisogno di aggrapparsi a diversi elementi del suo ambiente nativo (oggetti familiari, la musica della sua terra, ricordi e sogni in cui risorgono in modo manifesto aspetti del paese di origine, ecc.) per mantenere attiva l'esperienza del "sentirsi sé stesso". Questo perché, come dichiara Erikson, il termine identità esprime "una relazione tra un individuo e il suo gruppo", in cui l'essere sé stessi coesiste con il condividere con gli altri alcuni caratteri essenziali.

Sulla base di questo concetto, i Grinberg parlano di tre fattori che, a loro parere, giocano un ruolo fondamentale nella formazione del sentimento di identità:

- il vincolo di integrazione spaziale che implica la relazione tra le diverse parti del Sé, compreso il Sé corporeo, e mantiene la coesione rendendo possibile il confronto con gli oggetti: inoltre favorisce la differenziazione Sé - non Sé, cioè il sentimento di "individuazione";
- il vincolo di integrazione temporale che unisce le diverse rappresentazioni del Sé nel tempo, stabilendo tra loro una continuità e creando la base al sentimento di "essere se stessi";
- il vincolo di integrazione sociale che implica i rapporti tra aspetti del Sé e quelli degli oggetti che si stabiliscono attraverso i meccanismi di identificazione proiettiva e introiettiva e rendono possibile il sentimento di "appartenenza".

Tutti agiscono simultaneamente e interagiscono tra di loro.

L'emigrazione colpisce i tre vincoli nel loro insieme, ma, secondo le situazioni e i momenti, uno dei tre può essere maggiormente danneggiato rispetto agli altri. Nel periodo immediatamente successivo ad un'emigrazione, si verificano in genere stati di disorganizzazione, più o meno profonda, durante i quali possono riattivarsi nel nuovo venuto ansie molto primitive che lo mettono in uno stato di panico come la paura di essere "divorato" dalla nuova cultura o di essere "fatto a pezzi". Questi vissuti possono derivare dal conflitto tra il desiderio di confondersi con gli altri per non sentirsi emarginato e "diverso", e il desiderio di distinguersi per continuare a sentirsi sé stesso; conflitto che per l'intrecciarsi dei due desideri, dei due sentimenti contrapposti e delle due culture, può causare momenti confusionali oppure momenti di depersonalizzazione o di derealizzazione. In questi casi è

osservazione. Le madri che mostravano un alto indice di "devianza" nella comunicazione, tendevano ad avere figli con un basso rendimento scolastico ed extrascolastico, mentre i bambini giudicati adeguati ai diversi test, appartenevano a madri con livelli di "devianza" basso. Nei padri il profilo di tali indici non sembrava mostrare un miglior valore predittivo rispetto a quello materno. Nello studio di Miklowitz (et al. 1986), invece, è stata data maggiore enfasi alla valutazione dell'E.E. e della C.D. attraverso il confronto di campioni di nazionalità inglese e americana. I risultati ottenuti dimostravano, come già precedentemente rilevato, che i familiari con "alti" livelli di E.E. presentavano anche un "alto" grado di devianza nella comunicazione rispetto al gruppo con "bassi" livelli di E.E. In aggiunta, i familiari con "alta" E.E. e ipercoinvolgimento emotivo, presentavano più "alti" livelli di C.D. rispetto a quelli con "bassa" E.E., oppure con "alta" E.E. ma connotata solo da criticismo. Quindi i familiari con ipercoinvolgimento emotivo ed "alta" E.E. potevano distinguersi da quelli con "bassa" E.E., ma non da quelli con alta E.E. ma critici o criticamente ipercoinvolti. I genitori con "alta" E.E. e ipercoinvolgimento emotivo mostravano, verso il familiare disturbato, livelli di C.D. estremamente "alti", soprattutto quando questo atteggiamento era frammisto ad alti livelli di critica.

Tra i criteri per la discriminazione dei parametri descritti da Jones, solo il "linguaggio contorto e peculiare" era significativamente più "alto" nei familiari con "alta" E.E.: tutto ciò indicherebbe la tendenza, attiva in questi genitori, a manifestare una modalità di linguaggio particolare. Alcuni dati demografici mostravano inoltre un più alto grado (52%) di correlazione (maggior ipercoinvolgimento emotivo/criticismo) nelle madri rispetto ai padri, nei quali invece sembra esistere una maggiore attitudine alla critica pura (31 %) associata ad "alta" E.E.

Nel lavoro di Goldstein (1985) l'aggiunta della valutazione dello Stile Affettivo nella correlazione tra indici diversi (E.E. e C.D.) aumentava la significatività dei risultati ottenuti. Anche in questo studio viene sottolineata l'importanza e la validità dell'indice "devianza nella comunicazione" come fattore predittivo per l'esordio del disturbo schizofrenico e dei suoi successivi episodi recidivanti. La validità di questo indice sul "lungo periodo" (15 anni circa) porta ad osservare come nella totalità dei casi osservati - di età compresa tra i 5 e i 15 anni - i familiari dei soggetti disturbati presentassero, nel 9% dei casi una "bassa" devianza della comunicazione, nel 26% una "media" e nel 50% un'"alta" devianza. Se lo studio si focalizzava solo sul disturbo schizofrenico, i familiari presentavano nello 0% una bassa, nell'11% una media e nel 20% un'alta devianza nella comunicazione. Quando gli strumenti utilizzati per la valutazione dei profili familiari facevano riferimento soltanto all'analisi dell'E.E. o dell'A.S., i dati ottenuti sottolineavano ancora una volta la tendenza precedentemente osservata. Nei familiari con "bassa" devianza nella comunicazione, veniva osservato il 33% di soggetti con disturbo schizofreniforme associati alla presenza di uno Stile Affettivo "negativo", con la presenza di un genitore a "bassa" e l'altro ad "alta" Emotività Espressa. L'osservazione del

gruppo di familiari con devianza nella comunicazione di valore "intermedio" rilevava la presenza di un 22% di genitori nel quale contemporaneamente coesisteva un "alto" indice di E.E. e di A.S. negativi. Ciò suggeriva l'ipotesi che la copresenza di fattori quali un contesto familiare caratterizzato da un'attitudine alla facile critica, un'affettività negativa nei confronti del figlio malato e la presenza di almeno un genitore ad "alta" devianza nella comunicazione, potevano produrre nel tempo un figlio/a con disturbi ascrivibili allo spettro schizofreniforme. Nell'ultimo gruppo con "alta" Devianza nella Comunicazione e Stile Affettivo negativo, il 48% dei pazienti presentava disturbi schizofreniformi e fra questi il 5% presentava entrambi i genitori con alta E.E.

Anche gli studi di Rund (1986), di Strachan (et al. 1986) e di Halweg (et al. 1989) sottolineano la tendenza, precedentemente osservata, di un riscontro di differenze altamente significative nella correlazione di variabili indicative di alterazione della comunicazione.

Lo studio di Rund (1986) sulla devianza nella comunicazione in coppie parentali con almeno un figlio schizofrenico, con problemi psichiatrici non psicotici e controlli rivelava, in primo luogo, la migliore sensibilità dello strumento CCS rispetto al TAT nel discriminare il gruppo di soggetti schizofrenici da quello di controllo. Mettendo poi in relazione i risultati ricavati con il TAT dai tre diversi campioni di popolazione e l'indice di "alta" devianza nella comunicazione, è stata evidenziata la significativa discrepanza tra il gruppo di soggetti schizofrenici (19%), il gruppo di controllo (5%) e quello con patologie psichiatriche non psicotiche (0%). Con il CCS i risultati avevano indicato una differenza non significativa tra i familiari dei soggetti schizofrenici paranoidei e il gruppo di controllo, mentre si notava una differenza significativa tra i familiari dei soggetti schizofrenici non paranoidei e il gruppo di controllo. Mettendo in relazione il gruppo di familiari dei soggetti con disturbi psichiatrici non psicotici (NPP) con i familiari degli schizofrenici non paranoidei, non si osservavano diversità significative. Se a questi risultati venivano aggiunti i valori dei punteggi riferiti alla Devianza nella Comunicazione, si riscontrava una diversa significatività tra familiari di soggetti normali e quelli con soggetti schizofrenici non paranoidei, ma non altrettanto tra normali e schizofrenici paranoidei. Il gruppo con soggetti NPP mostrava un punteggio significativamente più basso dei familiari dei soggetti schizofrenici non paranoidei, ma non significativamente diverso dai familiari dei soggetti schizofrenici paranoidei. L'egocentrismo appariva essere uno dei più importanti fattori discriminanti per i diversi gruppi di familiari di soggetti schizofrenici paranoidei e non. Entrambi i genitori dei soggetti schizofrenici non paranoidei mostravano un più alto punteggio nella scala di valutazione di questo indice, rispetto ai familiari dell'altro gruppo. Le variabili demografiche (età, sesso, ecc.) non incidevano significativamente sulla scala di valutazione considerata.

Anche i risultati ottenuti dallo studio di Strachan (Strachan et al. 1986) mostravano una modalità, nell'espressione dello Stile Affettivo, significativamente più negativa nei familiari ad "alta" E.E. rispetto a quelli a "bassa" E.E.. I primi presentavano, in aggiunta, un maggior criti-