

L'AREA DEL "DISAGIO" FAMILIARE NELLA SCHIZOFRENIA

Il Servizio psichiatrico tra consapevolezza e intervento

di Anna Felcher*, Massimo Clerici**

In questi ultimi anni l'area del "disagio" familiare connesso alle più diverse manifestazioni della malattia mentale ha indotto gli operatori a sempre più frequenti riflessioni su tematiche un tempo appannaggio esclusivo di un numero ristretto di ricercatori (Cottrell 1989; G.A.P.C.F. 1989). La notorietà acquisita dalla nozione di "emotività espressa" nei differenti ambiti clinici e la conseguente elaborazione dei modelli di intervento cosiddetti "psicoeducativi" - soprattutto in relazione al trattamento della schizofrenia (Hertz et al. 1990; Liberman 1987; McFarlane 1983), ma anche dei disturbi dell'umore o, più recentemente, di altre malattie (Keitner 1990) - ha prodotto un generale incremento di attenzione su tutto quanto, nell'ambito della psicopatologia, può essere correlato alla famiglia (Clarkin et al. 1988; Jacob 1987). Da ciò un progressivo coinvolgimento di quest'ultima nella più ampia progettazione terapeutica dei Servizi, un affinamento costante dei modelli di trattamento familiare e una particolare attenzione agli strumenti di misurazione e di valutazione in quest'area (Fredman, Sherman 1987; L'Abate, Bagarozzi 1993; Wynne 1988). Si deve aggiungere, perché non meno importante di quanto finora citato, il generalizzato consolidamento, dal punto vista sociale, di "lobbies" o di "sindacati" famiglie sempre più attenti al controllo di qualità delle prestazioni erogate, alla modificazione o al miglioramento delle leggi di assi-

stenza psichiatrica e, non da ultimo, alla gestione diretta di progetti e di Servizi (Lefley, Johnson 1990).

Da un lato dunque - il versante squisitamente clinico - l'interesse verso la dimensione familiare sembra permettere il superamento del diffuso pessimismo sull'apparente incompatibilità (interna e rispetto ad altri modelli di trattamento) con l'approccio biopsicosociale. Dall'altro - il versante di una ricerca così a lungo sottovalutata per le "croniche" carenze in termini di misurazione e di specificità diagnostica - gli studi attivati con sempre maggiore rigore ed attenzione alla valutazione di efficacia sembrano garantire una migliore integrazione con gli orientamenti oggi privilegiati in ambito psichiatrico, soprattutto quello biologico.

Parallelamente le conferme sperimentali sulla rilevanza dei fattori genetici e microambientali nella trasmissione della "vulnerabilità" ad ammalare (o forse della patologia stessa), sui meccanismi di mantenimento nel tempo del disturbo e, non di meno, sull'influenza reciproca delle interazioni tra questi due aspetti, hanno addirittura rafforzato - e continuano a farlo - il bisogno di affinare gli strumenti diagnostico-terapeutici che guardano alla famiglia (Dunner et al. 1988; Halweg, Goldstein 1987; Kendler 1988). Il contesto familiare si è infatti rivelato particolarmente problematico in funzione del controllo dei fattori "di rischio" che sembrano incidere, potenzialmente, sull'in-

sorgenza del disturbo, ma che influiscono, ormai in modo evidente, su decorso e prognosi dello stesso.

Nel frattempo concetti e strumenti di misurazione decisamente innovativi si sono fatti largo nella dimensione clinica: da un lato, la Camberwell Family Interview (CFI; Leff, Vaughn 1985), per la già citata "emotività espressa", la Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS; Platt et al. 1980), per il "carico" familiare, la Parental Bonding Instrument e la Intimate Bond Measure (PBI e IBM; Parker et al. 1979; Wilhelm, Parker 1988), per i legami di "attaccamento" transgenerazionale e di intimità, il Family System Functioning (FSF; Doane et al. 1988), per le differenti "dimensioni" dell'ambiente intrafamiliare. Dall'altro, le interviste cliniche strutturate e semi-strutturate miranti alla raccolta di dati inerenti la psicopatologia familiare (dal FH-RDC al SOFAS od alla GARF del DSM IV; A.P.A. 1994; Endicot et al. 1978), la misurazione dei livelli di conoscenza sulla malattia del congiunto (Knowledge Interview; Berkowitz et al. 1981), la qualità di vita complessiva di paziente e famiglia o le variabili di follow-up integrato (Q.L.S.; F.S.H.; LIFE, etc.; Heinrichs et al. 1984; Keller et al. 1987; Kinston, Loader 1988). Entrambi i versanti rappresentano un concreto tentativo di costituire un ponte fra la ricerca tradizionale sugli aspetti relazionali del disturbo (Epstein 1988) ed il modello biopsicosociale che ha

sostenuto in questi anni il DSM III e le sue revisioni, nonché prospettivamente l'elaborazione del DSM IV (A.P.A. 1994).

Non si può dire che questa operazione, pur avviata con un riconoscimento istituzionale (G.A.P.C.G. 1989) che non ha pari nel passato, abbia ancora dato i frutti attesi, ma il processo attivato è senza dubbio decisivo, almeno per quanto riguarda l'influenza che ciò può determinare sulla psichiatria in generale: ne vengono in primo luogo limitati i rischi di marginalizzazione dell'area familiare da qualcuno paventati

(Anderson 1994; Hardy 1994; Shields et al. 1994) e si fornisce una chiave di lettura, il più possibile omogenea, in grado di aiutare soprattutto chi non ha "confidenza" con l'approccio relazionale ad un possibile impiego di "markers" conoscitivi importanti per la più ampia comprensione dei fenomeni patologici (vedi, al proposito, le scale per la misurazione del funzionamento familiare proposte e inserite nel DSM IV, A.P.A. 1994). Tali "markers", enfatizzati soprattutto nell'ambito della psicoeducazione - da sempre particolarmente attenta allo studio degli indicatori e dell'efficacia dei programmi - si possono rivelare altrettanto importanti per la selezione mirata delle più diverse tecniche di intervento familiare a disposizione e per rispondere, in prospettiva, alle sempre più frequenti richieste di attenzione al rapporto costi/benefici in funzione dell'atteso contenimento delle spese nell'area sanitaria.

Il quadro che ne deriva è dunque caratterizzato - oggi - da più livelli di attenzione che, segnalati agli operatori dal sempre più facile accesso ai risultati delle ricerche familiari sulla psicopatologia, sul

funzionamento emotivo e sui meccanismi di adattamento ai disturbi psichiatrici, possono essere tenuti ormai correttamente presenti anche nella diagnostica e nella pratica clinica di tutti i Servizi.

Materiali e metodi

Scopo principale di questo lavoro, che vuole offrire appunto un contributo preliminare inerente alla riflessione su questi temi, è l'indagine su alcuni aspetti caratteristici che condizionano il funzionamento della famiglia con un paziente schizofrenico: da un lato il clima e le risposte emotive nei processi di adattamento al disturbo e, dall'altro, gli aspetti specifici della personalità o della psicopatologia individuale eventualmente presente tra i familiari del malato. A questo proposito è stato valutato sperimentalmente un gruppo di coppie di genitori di pazienti schizofrenici testando la rilevanza delle diverse variabili citate e l'eventuale presenza di correlazioni.

Dall'esperienza compiuta in questi anni avevamo riscontrato come la richiesta di trattamento da parte dei familiari fosse condizionata, tendenzialmente, dalle seguenti caratteristiche di profilo: "alta" emotività espressa, "basso" adattamento ai problemi di gestione connessi alla malattia del congiunto e, in certi casi, "carico" psicopatologico individuale. In questo studio abbiamo impiegato tre diversi strumenti, ormai ampiamente riconosciuti e validati, allo scopo di raggiungere il miglior livello di attendibilità delle informazioni sulle problematiche presenti nelle famiglie oggetto della ricerca.

Un eventuale riscontro positivo nei risultati avrebbe indicato con

chiarezza, almeno nelle nostre attese, la presenza di specifici deficit nella struttura e/o nel funzionamento complessivo di questa famiglie, la loro differente espressività - facendo luce anche sulle diverse conseguenze cliniche che si riscontrano nella pratica quotidiana dell'intervento. L'interesse di questa ricerca non è infatti quello di trarre indicazioni per un approfondimento dell'indagine eziopatogenetica sulla schizofrenia, ma piuttosto di considerare l'importanza clinica dei "fattori di rischio" correlati a decorso e prognosi del disturbo, nella speranza di poterne derivare indicazioni utili al "disegno" complessivo delle strategie terapeutiche.

• Il campione

Di 52 famiglie censite nel corso di un anno - i cui congiunti erano pazienti diagnosticati per schizofrenia secondo i criteri del DSM III-R - l'indagine è stata condotta su tutte le coppie parentali che hanno aderito alla proposta di intervista (n° 10) all'interno di un campione di 16 famiglie che si sono presentate con entrambi i genitori. Ogni familiare è stato intervistato, durante tre differenti colloqui, con tre batterie testali diverse e da differenti intervistatori "in cieco". I criteri adottati per l'inclusione nello studio erano i seguenti:

- presenza di diagnosi clinica di "schizofrenia" da almeno due anni ("cronica"), come evidente dalla documentazione del paziente;
- coinvolgimento di entrambi i genitori separatamente nelle interviste, anche se la soluzione terapeutica da proporre successivamente prevedeva indicazioni differenti (terapia sistemica o appoggio di uno solo dei compo-

menti della coppia genitoriale ad interventi psicoterapici o psicoeducativi);

nessun trattamento familiare in corso al momento dell'intervista.

Il campione intervistato è composto da 20 familiari (10 padri e 10 madri) di età compresa tra i 47 e 71 anni. Il livello di istruzione superiore (> 8 anni) è rappresentato nel 45% dei casi, mentre quello occupazionale attivo coinvolge il 55% dei familiari. I pazienti schizofrenici, in numero di dieci (2 femmine e 8 maschi) hanno un'età compresa tra i 18 anni e i 47 anni. Il loro livello di istruzione è per il 90% "superiore", mentre il profilo lavorativo indica un 30% di disoccupati.

• Metodi

L'intervista clinica strutturata "SCID" è uno strumento concepito per formulare diagnosi secondo i criteri del DSM III-R (Spitzer et al. 1987). Lo strumento è composto da tre versioni standard per diagnosticare i disturbi da Asse I e II. La SCID-NP ("non patient version") è stata adattata per soggetti (pazienti potenziali) non identificati come psichiatrici (per indagini diagnostiche in comunità, studi sulla famiglia, ricerche nella medicina di base).

La Camberwell Family Interview (C.F.I.) - "intervista standardizzata a formulario flessibile" - prende in considerazione, attraverso cinque scale, l'emotività espressa (EE) del familiare escludendo qualsiasi inferenza sul reale stato d'animo dell'intervistato (Leff, Vaughn 1985).

Il MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) è uno strumento che viene classificato tra i test obiettivi di personalità (Hathaway, McKinley 1943; Nenni 1983).

Risultati

• Profili psicopatologici e di personalità

Nel campione considerato mediante intervista SCID (n° 10 coppie) il 90% (n° 18 casi) dei familiari osservati non presentava disturbi da Asse I. Solo due genitori (un padre e una madre da coppie diverse) hanno manifestato uno o più episodi di depressione maggiore (DSM III-R: 296.23; 296.32) nel corso della loro vita. L'analisi dei risultati ottenuti per i disturbi da Asse II rivela che quattro familiari (i due precedenti in co-diagnosi e altri due da coppie diverse) soddisfacevano interamente i criteri necessari per il disturbo ossessivo-compulsivo (tre casi) e per il disturbo borderline (uno).

I risultati ottenuti dal campione intervistato utilizzando il questionario MMPI permettono di stabilire il profilo medio dei soggetti indagati. L'indice di attendibilità delle prime tre scale del test si attesta su valori prossimi a 50 (cioè indicativi di normalità: L 50.7 ; F 48.8 ; K 53.01). La distribuzione dei soggetti con punteggi superiori al valore soglia di 70 per le singole scale indica che nel campione sono presenti 6 familiari con tratti ipocondriaci (30%), 5 con tratti isterici (25%), 4 con tratti depressivi (20%) e 3 ipomaniacali (15%); solo nel 10% (n° 2 casi) si rilevano tratti schizofrenici (in un certo numero di pazienti in co-diagnosi per alcuni tratti).

• Profili emotivi

I dati del profilo emotivo individuale indicano che 5 soggetti (25%) risultano ad "alta" emotività espressa, 13 (65%) a "bassa",

mentre 2 (10%) sono stati esclusi perché non valutabili. Considerando l'indice di emotività espressa familiare (è sufficiente la presenza di un solo familiare ad "alta" EE per definire la famiglia ad "alta" EE e; conseguentemente, il paziente come maggiormente a rischio) il 50% delle famiglie risulta ad "alta" emotività espressa. Se si prendono in considerazione le "scale predittive" di ricaduta, si osserva che 4 familiari sono risultati alti per il parametro "ipercoinvolgimento emotivo" (E.O.I.); 3 per il parametro "criticismo" (CR) e solo 1 per il parametro ostilità (H).

• Correlazioni tra profili psicopatologici e di personalità (MMPI vs SCID-NP)

I parametri dei due questionari per la valutazione dei profili di personalità e psicopatologico, avendo caratteristiche e obiettivi fondamentalmente diversi, rendono la correlazione tra i risultati complessa e la lettura dei dati variegata ed eterogenea.

Dei quattro familiari che presentano specifici disturbi di personalità o "tratti" di carattere alla valutazione SCID nessuno presenta, all'indagine MMPI per punte, "tratti" di personalità caratteristici. Dei familiari che alla valutazione MMPI mostravano "tratti" di personalità nessuno segnala "tratti" di carattere quando intervistato con la SCID. Neppure ricercando le possibili correlazioni tra parametri affini - in quanto presenti in entrambe le interviste (ad es. paranoia o derivabili dall'associazione di più scale dell'MMPI (D-Hv, D-Hs, Hy rispetto al d. ossessivo-compulsivo della SCID) - si possono osservare dati statisticamente significativi.

- *Correlazioni tra profili psicopatologici e di personalità (MMPI e SCID-NP) ed emotivi (EE)*

Indagando le correlazioni tra profili emotivi e psicopatologici, non si sono rilevate differenze statisticamente significative tra familiari con "alta" o "bassa" EE in funzione della presenza di disturbi da Asse I/II o di "tratti" di personalità (SCID). Suddividendo ulteriormente il campione in base al parametro sesso, si è potuto rilevare una certa frequenza nel tratto di carattere "frustrato" a carico del sesso femminile (75% nei soggetti ad "alta EE").

Anche mettendo in relazione i dati sulle caratteristiche di personalità (MMPI) e quelli riferiti al clima emotivo familiare non se ne derivano correlazioni statisticamente significative.

Conclusioni

In primo luogo ci sembra opportuno individuare alcuni elementi che si sono rivelati limitanti nel corso dell'indagine e che ne hanno probabilmente condizionato anche i risultati. Tra questi:

- l'ancora esiguo numero di soggetti esaminati;
 - la particolare tipologia delle famiglie che si sono concentrate nella ricerca ("autoselezione" per elevato grado di consapevolezza del difficile funzionamento familiare, consenso di coppia nell'afferenza al Servizio e "forte" richiesta di supporto);
 - la selettività dei criteri d'inclusione ("cronicità del paziente e adesione di entrambi i coniugi all'indagine);
 - la durata e la complessità dei singoli test (che prevede la disponibilità di diverse ore per il completamento dell'intera batteria).
- Il dato rilevante e clinicamente

operativo della ricerca, ottenuto attraverso le diverse valutazioni compiute, è riferibile invece alla prioritaria attenzione da porre nei riguardi delle problematiche di adattamento familiare al disturbo del congiunto (50% di "alta" EE) che si stabilisce all'interno di questo microambiente, rispetto al livello di psicopatologia manifesta. Pur non essendosi segnalata la presenza di psicopatologia correlabile in maniera certa e determinata con un'alterazione del "funzionamento" familiare nel senso dell'"alta" EE, la rilevanza (65%) dei disturbi di Asse I/II o dei tratti di personalità può rappresentare comunque un fattore di rischio per il decorso della malattia del congiunto o per l'impostazione del programma terapeutico. Questo discorso si riferisce specificatamente al sottogruppo dei familiari ad "alta" Emotività Espressa che sono già maggiormente esposti ai rischi sopra citati e sui quali il carico additivo della variabile psicopatologica deve essere valutato con estrema attenzione.

In conclusione, dall'esperienza condotta all'interno di questa ricerca preliminare ci sembra utile sottolineare l'opportunità e l'importanza del coinvolgimento della famiglia nella presa in carico del paziente schizofrenico e, soprattutto, di un'attenta indagine diagnostica sui "fattori di rischio" correlati sia all'eventuale psicopatologia di uno o più dei suoi membri che al clima emotivo familiare. I risultati di un siffatto screening, qualora allargati e confermati da casistiche più rappresentative, potrebbero migliorare la nostra capacità di discriminazione dei "bisogni" emergenti nelle famiglie che giungono ai Servizi (Lefley, Johnson 1990), facilitare la selezione all'interno delle diverse opzioni di trattamento per la schizofrenia (Bel-

lack, Mueser 1993) e, non da ultimo, valorizzare l'importanza dell'approccio psicoeducativo sull'area di disagio limitrofa alla patologia soprattutto nella fase preliminare del "percorso" terapeutico del paziente (Hertz et al. 1990).

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: "DSM IV", Washington, American Psychiatric Press 1994.
- ANDERSON H.: "Rethinking family therapy: a delicate balance", *Journal of Marital and Family therapy* 20, 2, 145-149, 1994.
- BELLACK A.S., MUESER K.: "Psychosocial treatment of schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin* 19, 2, 317-336, 1993.
- BERKOWITZ R., KUIPER L., EBERLEIN-FRIES R., LEFF J.P.: "Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics", in M.J. Goldstein (ed.), *New directions for mental health services* (n° 12), San Francisco, Jossey-Bass 1981.
- CLARKIN J.F., HAAS G.L., GLICK I.D. (a cura di): "Affective disorders and the family. Assessment and treatment", New York, Guilford Press 1988.
- COTTRELL: "Family therapy influences on general adult psychiatry", *British Journal of Psychiatry* 154, 473-477; 1989.
- DOANE J.A., HILL W.L., KASLOW N., QUINLAN D.: "Family System Functioning: behavior in the laboratory and the family treatment setting", *Family Process* 27, 213-227, 1988.
- DUNNER D.L., GERSHON E.S., BARRETT J.E. (eds.): "Relatives at risk for mental disorder", New York, Raven Press, 1988.
- ENDICOTT J., ANDREASEN N., SPITZER R.L.: "Family History Research Diagnostic criteria", New York Psychiatric Institute, Biometrics Research 1978.
- EPSTEIN N.B.: "Dilemmas and choices in the design of family therapy

research", in Wynne L.C. (ed.); *The state of the art in family therapy research: controversies and recommendations*, New York, Family Process Press 1988, pp. 119-124.

FREDMAN N., SHERMAN R.: *Handbook of measurements for marriage and family therapy*. New York, Brunner/Mazel 1987.

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY COMMITTEE ON THE FAMILY: *The challenge of relational diagnoses: applying the Biopsychosocial model in DSM-IV*, American Journal of Psychiatry 146, 11, 1492-1494, 1989.

HALWEG K., GOLDSTEIN M.J. (EDS.): *Understanding major mental disorder. The contribution of family interaction research*, New York, Family Process Press 1987.

HARDY K.V.: *Marginalization or development?: a response to Shields, Wynne, McDaniel and Gawinski*, Journal of Marital and Family Therapy 20, 2, 139-143, 1994.

HATHAWAY S., MCKINLEY J.: *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, University of Minnesota Press, S.Paul 1943.

HEINRICHS D.W., HANLON T.E., CARPENTER W.T.: *The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome*, Schizophrenia Bulletin 10, 388-398, 1984.

HERTZ M.I., KEITH S.J., DOCHERTY J.P. (eds.): *Psychosocial treatment of schizophrenia*, in H.A. Nasrallah (ed.), Handbook of schizophrenia, vol. 4, Elsevier, Amsterdam Elsevier 1990.

KEITNER G.I. (ed.): *Depression and families. Impact and treatment*, Washington, American Psychiatric Press 1990.

KELLER M.B., LAVORI P.W., FRIEDMAN B., NIELSEN E., ENDICOTT J., MCDONALD-SCOTT P., ANDREASEN N.C.: *The longitudinal interval follow-up evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies*, Archives of General Psychiatry 44, 540-548, 1987.

KENDLER K.S.: *Indirect vertical cultural*

transmission: a model for nongenetic parental influences on the liability to psychiatric illness, American Journal of Psychiatry 145, 6, 657-665, 1988.

KINSTON W., LOADER P.: *The family task interview: a tool for clinical research in family interaction*, Journal of Marital and Family Therapy 14, 67-87, 1988.

JACOB T. (ed.): *Family interaction and psychopathology: theories, methods and findings*, New York, Plenum Press 1987.

L'ABATE L., BAGAROZZI D.A.: *Sourcebook of marriage and family evaluation*, New York, Brunner/Mazel 1993.

LEFF J., VAUGHN C.: *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*, New York, Guilford Press 1985.

LEFLEY H.P., JOHNSON D.L.: *Families as allies in the treatment of the mentally ill*, Washington, American Psychiatric Press 1990.

LIBERMAN R.P.: *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, Washington, American Psychiatric Press 1987.

MC FARLANE W.R. (ed.): *Family therapy in schizophrenia*, New York, The Guilford Press 1983.

NENCINI R.: *Contributo alla validazione fattoriale di interpretazioni psicodiagnostiche*, Firenze, O.S. 1983.

PARKER G., TUPLING H., BROWN L.B.: *A parental bonding instrument*, British Journal of Medical Psychology 52, 1-10, 1979.

PLATT S., WEYMAN A., HIRSH S., HEWITT S.: *The social behaviour assessment schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule*, Social Psychiatry 15, 43-55, 1980.

SHIELDS C.G., WYNNE L.C., MCDANIEL S.H., GAWINSKI B.A.: *The marginalization of family therapy: a historical and continuing problem*, Journal of Marital and Family Therapy 20, 1, 117-138, 1994.

SPITZER R.L. ET AL.: *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM III-R. SCID 4/1/1987 revision*, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute 1987.

WILHELM K., PARKER G.: *The development of a measure of intimate bonds*, Psychological Medicine 18, 225-234, 1988.

WYNNE L.C.: *The state of the art in family therapy research: controversies and recommendations*, New York, Family Process Press 1988.

* Ospedale S. Carlo - Milano, U.O.P. 75/V

**Istituto di Scienze Biomediche Ospedale S. Paolo, Università degli studi di Milano